

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Drogas ilícitas: concepciones y políticas públicas:
análisis de la inclusión de la estrategia de reducción de daños
en Uruguay.**

Analía Testa

Tutor: Elizabeth Ortega

2009

Agradecimientos...

A Elizabeth, por acompañar y guiar este proceso de elaboración, por su constante apoyo y confianza.

A las personas entrevistadas, por el aporte y la disposición.

A mis compañeras y amigas de facultad, Jime, Vera, Andre y Fer por contribuir en mi proceso de aprendizaje y por todos los momentos compartidos.

A Letí y Pablo, por tolerar y comprender mis fluctuantes estados de ánimo.

A mis amigas del alma, que adoro y siempre están ahí.

A Favio, por el ánimo y la motivación.

A Rosario, por habilitar tantos espacios de escucha, por su permanente apoyo en este proceso.

A mis padres y hermano, por ser parte de mi historia y haberme dado la posibilidad de aprender a ver las cosas desde otro lugar.

A mis compañeras de CAIF, por aguantar mi locura galáctica.

A Juli y Elo, por iluminarme con su alegría cada mañana.

“La ‘Droga’ actúa como analizador que permite descubrir molestias culturales y angustias relacionadas con la vivencia del tiempo, pudiéndose ver a través de su uso las entrañas de la sociedad...”

(Restrepo, 2001: s/d.)

ÍNDICE

<u>Introducción</u>	1
<u>Capítulo I: Consumo de drogas: consideraciones generales</u>	
I.1 - La importancia del fenómeno del consumo de drogas en Uruguay	5
I.2 - Origen histórico	11
I.3 - <i>¿Qué son las drogas o sustancias psicoactivas?</i>	17
<u>Capítulo II: Rol del Estado y políticas públicas en el tema drogas</u>	
II.1 -Marco normativo: legislación vigente sobre drogas ilícitas en Uruguay	14
II.2 -Posicionamiento institucional: El rol del Estado (JND)	17
II.3 -Implementación de políticas públicas:	22
Red de Asistencia en Drogas "Portal Amarillo"	
II.4 -Políticas Públicas: Concepciones y percepciones	24
<u>Capítulo III: La estrategia de Reducción de Daños</u>	
III.1 -Orígenes de las políticas públicas en Reducción de Daños	33
III.2 -Reducción de riesgos y daños: ¿nuevas miradas para un tema de siempre?	35
III.3 -"Consumo Cuidado": Programa de Reducción de Riesgos y Daños	39
<u>Consideraciones finales</u>	43
<u>Referencias bibliográficas</u>	46
<u>Anexos</u>	50

Introducción

El presente trabajo constituye la monografía final de grado correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El objeto de esta monografía es indagar en el problema del consumo de drogas en Uruguay a través de las concepciones que presentan los distintos actores políticos, responsables del diseño e implementación de las políticas públicas en materia de drogas ilícitas. El presente trabajo intenta avanzar en la comprensión de lo que es el problema de las drogas en Uruguay dando cuenta de cómo lo conceptualizan los responsables de las políticas en la materia a nivel estatal, estudiando la posición que las autoridades han adoptado ante esta problemática.

Al comenzar este trabajo surge preguntar: ¿Cuándo el consumo se torna problemático?, ¿problemático para quién?, ¿constituye un problema social relevante el consumo de drogas en la actualidad?, ¿el Estado se ha interesado en este tema?, si lo hizo ¿cómo intervino?, ¿desde cuándo?, ¿qué políticas ha llevado adelante?, ¿cuáles está implementando?, ¿cómo se construye desde el imaginario social dicho problema?

Este trabajo se propone analizar qué políticas en materia de drogas se implementan en Uruguay, identificando el punto de inflexión que se produce en el año 2005 a partir del cambio de gobierno, y en relación al papel de la Junta Nacional de Drogas, como órgano rector de las políticas públicas en el tema, creada en el año 1988. De esta forma, resulta de interés conocer las respuestas brindadas desde el Estado, cómo y de qué manera se ha ocupado y se ocupa en la actualidad, analizando qué políticas son llevadas adelante y cómo se implementan para su abordaje.

Considerando la importancia social de dicho fenómeno y la necesidad de abordarlo desde las Ciencias Sociales y el Trabajo Social es que se ha enfocado la presente monografía al estudio de las políticas y las concepciones de los discursos existentes que se plantean en Uruguay para abordar el consumo problemático de drogas. Este trabajo se centrará en la estrategia de reducción de riesgos y daños, incorporada recientemente por el Estado, como una forma válida para la implementación de políticas públicas en la temática del consumo de drogas.

Contextualizar el consumo problemático de drogas en Uruguay implica entender que este problema está inmerso en una multicausalidad de factores que lo complejizan, constituyendo un espacio de tensiones, contradicciones y significados que intentaremos analizar en el transcurso de este trabajo.

Se presenta la necesidad de entender la relación sujeto-objeto como una continua e inacabada construcción y reconstrucción de los fenómenos que se presentan en la realidad, desde una perspectiva histórica que nos permitirá construir un modo de aprehender la realidad que problematice e interpele “el fenómeno del consumo de drogas” en nuestro país.

Cabe destacar que cada situación constituye una particularidad compleja de la realidad social, donde lo que se nos presenta como dado es siempre construido, ya que detrás de cada verdad universal existe una realidad históricamente estructurada.

Al respecto, G. Delleuze en F. Romar (2000:5) contribuye con el siguiente aporte:

“Nos equivocamos cuando creemos que lo verdadero y lo falso se refieren sólo a las soluciones, que sólo con las soluciones comienzan. Es éste un prejuicio social (pues la sociedad y el lenguaje que trasmite sus consignas nos “dan” los problemas ya hechos, como sacados de las “carpetas administrativas de la ciudad”, y nos obligan a resolverlos dejándonos un estrecho margen de libertad). Es más, se trata de un prejuicio infantil y escolar: quien “da” el problema es el maestro, siendo la tarea del alumno descubrir la solución. Por esta razón nos hemos mantenido en una especie de esclavitud. La verdadera libertad reside en un poder de decisión, de constitución de los problemas mismos: este poder, “semidivino” implica tanto la desaparición de los falsos problemas como el surgimiento creador de los verdaderos. La verdad es que, en filosofía e incluso en otros campos, se trata de encontrar el problema y por consiguiente de plantearlo más aún que de resolverlo. Porque un problema especulativo es resuelto en cuanto está bien planteado.”

Cabe destacar que este trabajo es de carácter monográfico y no pretende ser una investigación social sobre el tema, sino una aproximación al problema de carácter exploratorio, para aportar elementos que permitan conocer y analizar dicha problemática, para su mejor abordaje.

La información recabada para la realización de esta monografía, fue a partir del desarrollo de un diseño de investigación de carácter exploratorio y cualitativo, que nos permitió aproximarnos al objeto de investigación, tomar contacto y comprenderlo de manera integral. Las fuentes primarias de información utilizadas para una aproximación a los discursos¹ predominantes sobre drogas ilícitas son las entrevistas

¹ “A concepção de discurso como um campo de regularidades, em que diversas posições de subjetividade podem manifestar-se, redimensiona o papel do sujeito no processo de organização da linguagem, eliminando-o como fonte geradora de significações (...) discurso como um conjunto de enunciados que se remetem a uma mesma formação discursiva (um discurso é um conjunto de enunciados que tem seus princípios de regularidade em uma mesma formação discursiva)” (Brandao, Helena. 2004: 33-35)

semi-estructuradas² a informantes calificados para conocer sus percepciones políticas e institucionales que den cuenta de un contexto que permite su expresión; el análisis de documentos y de declaraciones de prensa. Las pautas diseñadas para la realización de las entrevistas variarán según el actor entrevistado, pero mantendrán la intención de relevar el mismo tipo de información sobre las dimensiones del objeto estudiadas.

La realización de esta monografía se centró en el estudio del tema a través de una aproximación a los discursos de los distintos actores que trabajan en la temática. Entendemos la noción de discurso desde el planteo que realiza (Brandao, H, 2004: 37) quien define: *“discurso é o espaço em que saber e poder se articulam, pois quem fala, fala de algum lugar, a partir de um direito reconhecido institucionalmente. Esse discurso, que passa por verdadeiro, que veicula saber (o saber institucional), é gerador de poder.”*

Desde esta perspectiva, es importante comprender la noción de discurso desde los aportes que realiza esta autora, ya que: *“a língua constitui a condição de possibilidade do discurso, pois é uma espécie de invariante pressuposta por todas as condições de produção possíveis em um momento histórico determinado”* (Brandao, H 2004:42).

La estrategia metodológica utilizada incluye además, aunque en menor medida, el análisis cuantitativo de datos estadísticos, proporcionados fundamentalmente por la última investigación realizada por la JND y el Observatorio uruguayo de drogas en el año 2007 denominada: “Cuarta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas”, que muestra una situación que amplía el horizonte proporcionando insumos para la reflexión.³ En este sentido, las fuentes secundarias consultadas corresponden a la revisión bibliográfica y análisis de datos estadísticos disponibles. Se considera pertinente para profundizar y comprender la complejidad de la situación del consumo de drogas en Uruguay contar con elementos cuantitativos y estadísticos que den cuenta de una dimensión más de este fenómeno.

Corresponde mencionar que si bien se considera de gran valor e importancia referirse a las funciones y tareas que desempeña el Trabajo Social en este campo de intervención, se entiende pertinente profundizar en el conocimiento de la temática planteada proporcionando insumos para la reflexión e incluso para la intervención.

² La entrevista semi estructurada es guiada por un conjunto de preguntas y de cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta ni el orden de las preguntas están predeterminados. Este proceso abierto pero informal es similar y sin embargo diferente a una conversación informal. El investigador y el entrevistado dialogan de una forma que es una mezcla de conversación y preguntas insertadas. (Valles, 1997).

³ Encuesta disponible en www.infodrogas.gub.uy

El presente trabajo se desarrolla en tres capítulos. El primer capítulo presenta la importancia del fenómeno del consumo de drogas en Uruguay, así como su devenir histórico y las características que permiten conceptualizar los diferentes tipos de consumos. El segundo presenta los conceptos teóricos utilizados para el desarrollo y orientación del trabajo, centrándonos en el rol del Estado y su legislación, a partir de la creación de la JND y la implementación de políticas públicas: en este caso se presenta la Red de asistencia en Drogas: Portal Amarillo. Y por último el capítulo tres analiza la estrategia de reducción de riesgos y daños presentando la información recabada a partir del trabajo de campo realizado y el análisis de dicha información.

Capítulo I:

Consumo de drogas: consideraciones generales

I.1 La importancia del fenómeno del consumo de drogas en Uruguay

El fenómeno del consumo de drogas en Uruguay no es nuevo, lo nuevo es su dimensión, su forma de expresión, la preocupación del Estado y el cada vez más frecuente tratamiento del tema en los medios masivos de comunicación.

Si bien a lo largo de la historia se ha desarrollado mayoritariamente usos controlados, religiosos, terapéuticos y no adictivos de las diferentes drogas, actualmente en nuestras sociedades urbano industriales se ha alterado sustancialmente los sentidos que tienen los consumos de las diferentes sustancias.

Durante los dos últimos siglos de la historia de la humanidad, hemos asistido a un cambio en los sentidos por los cuales las personas utilizan drogas. De los usos religiosos y terapéuticos, se ha pasado a usos de tipo recreativo-festivos donde el principal objetivo es la búsqueda del placer como un fin en sí mismo. Hoy en día la mayoría de los consumos de drogas se realizan en contextos muy distintos de aquellos, dando lugar al surgimiento de los llamados consumos “problemáticos”: situaciones de abuso o dependencia de las sustancias, cuyo uso afecta de manera problemática tanto al individuo que consume como a su entorno social, familiar y laboral.

Se podría decir que estos usos, los de tipo recreativo – festivo son los más frecuentes en la historia moderna. Siguiendo a Oriol Romani (1992: 261) *“... los usos de drogas son un fenómeno universal, mientras que la existencia de la drogodependencia como fenómeno social es característico de las sociedades urbano – industriales”*

Es necesario contextualizar y entender el consumo de drogas desde una perspectiva histórica que creemos imprescindible para la comprensión cabal de la problemática.

Cuando hablamos de la problemática del consumo de drogas hacemos referencia a una modalidad de consumo y al vínculo que se establece entre el sujeto y las sustancias. El problema no se centra en las drogas en sí, sino en la relación y el vínculo que el individuo pueda generar con ellas. Por tanto, es preciso distinguir cuándo su uso es problemático y cuando no lo es.

El uso de drogas resulta problemático para una persona, cuando el mismo afecta negativamente (en forma ocasional o crónica) a una o más áreas vitales de la persona, como ser: su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias (familia, amigos,

pareja), sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudios), o sus relaciones con la ley. Desde un punto de vista técnico, existen tres tipos de usos problemáticos, que pueden afectar las áreas vitales de las personas: intoxicaciones agudas, usos regulares crónicos de sustancias y dependencias.⁴

Cabe destacar que no todas las drogas son iguales, ya que no constituyen una única realidad, sino que están caracterizadas por una gran diversidad. Aunque en general se tiende a ver todo consumo de drogas desde una perspectiva homogénea, es preciso distinguir que no todo consumidor es un “adicto”, ni que todo consumo de drogas no dependiente es inofensivo.

Las relaciones con las drogas son tantas y tan diversas como consumidores, a pesar de ello vamos a establecer tres tipos básicos que desde la perspectiva de la reducción de daños (que se verá más adelante) se reconocen: uso, abuso y dependencia.

Entendemos por uso aquel tipo de consumo en el que bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias negativas en el consumidor ni en su entorno. Se trata por tanto de un uso no problemático. Dadas estas características, resulta difícil definir un consumo como uso porque son muchos los factores a considerar, lo que para el consumidor podría parecer un uso moderado puede estar traspasando las fronteras del abuso y para ello es preciso tener en cuenta el entorno del sujeto.

Entendemos por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que ya sea por su cantidad o frecuencia de consumo y por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se pueden producir consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno. Habría que analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo, y al contexto personal y social en el que se da el consumo para establecer si se está en presencia de una situación de uso o de abuso.

Siguiendo a la OMS, es posible definir dependencia como: *“aquella pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor importancia que otras conductas que antes eran consideradas como más importantes”*. Un aspecto fundamental para determinar si un consumo es dependiente o no es la presencia de un síndrome de abstinencia cuando se suspende el uso de la sustancia.

Es posible hablar de dependencia en dos niveles o dimensiones, como son la dependencia física, en la cual el organismo se ha habituado a la presencia en forma constante de la sustancia, necesitando mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. El síndrome de abstinencia es característico de cada

⁴ Material extraído de “El equilibrista” Guía para el trabajo con adolescentes en prevención del uso problemático de drogas. Tomo 1.

sustancia y se presenta cuando este nivel esta por debajo de cierto límite. Por otro lado, la dependencia psíquica se manifiesta por la frecuencia en la que se da el consumo: el hecho de consumir asiduamente la droga para experimentar un estado afectivo agradable, placentero, etc. o para liberarse de un estado afectivo desagradable, aburrimiento, estrés, etc. La dependencia es, por tanto, el consumo excesivo, persistente y periódico de toda sustancia tóxica.

En Uruguay el consumo problemático de drogas como tal se ha venido presentando desde la década del 80:

*“La emergencia del “fenómeno drogas” en nuestro país se ubica más claramente en la década de los 80. No porque antes **no** se hiciera uso de sustancias, tanto legales como ilegales, sino porque es sobre todo en el entorno de esos años, que la cuestión es presentada y delimitada como una problemática específica. Es en esos años que Uruguay, en el marco geopolítico de producción y distribución de drogas, sufre la transformación de ser un país fundamentalmente de tránsito y lavado de dinero, a incorporarse (junto a todo el Cono Sur) como mercado de consumo, sin dejar de cumplir aquellas funciones previas. A lo cual debemos sumarle una creciente visualización e identificación social de la cuestión del consumo de sustancias como problema.” (Giménez 1996:278).*

A partir de 1973 con la creación de la Comisión de la Lucha Honoraria contra las Toxicomanías se comienza a acumular información y a trabajar sobre el tema (Gallinal, s/d: 36). Luego es creada Junta Nacional de Prevención y Represión del Tráfico ilícito de Drogas en julio de 1988 (Decreto 463/988). En el año 1999 pasa a llamarse como en la actualidad, Junta Nacional de Drogas y es declarada de interés nacional la política pública en la materia.

Desde la asunción del presente gobierno en el año 2005, se ha priorizado el abordaje de dicha problemática, desde la Estrategia Nacional para el problema Drogas en Uruguay, colocando la temática en la agenda pública. El presidente de la República, por su parte, en su discurso de asunción dio los lineamientos políticos principales referidos a la política de drogas:

“Lucha frontal contra el narcotráfico, procurando disminuir sustancialmente el consumo de pasta base y demás drogas mediante una acción interinstitucional, multimodal, junto a las más diversas organizaciones involucradas, desde la educación al tratamiento de las adicciones”. (Vázquez, 2005:3)

Para poder realizar una interpretación de esta problemática debemos remitirnos a una visión global de la sociedad contemporánea, entendiendo que no se caracteriza por la presencia exclusiva en determinadas clases sociales, sino que se presenta en todas y en cada una de ellas de manera diferenciada.

Es preciso aproximarse al problema desde una perspectiva de construcción social a cerca del fenómeno, la construcción que hace el colectivo social trae consigo una

percepción subjetiva y objetiva del problema, donde se encuentran presentes prejuicios, mitos, temores que hacen a la cultura de una determinada sociedad.

“La construcción del uso de drogas como problema social encuentra fundamentos en diversos procesos económicos, políticos y culturales. Muchos análisis sobre el uso de drogas han eliminado su complejidad para reducirla, naturalizarla y circunscribirla a la interpretación jurídico - penal o psiquiátrica. Las prácticas profesionales de diferentes disciplinas reproducen esos saberes lo que se expresa en estereotipos que contribuyen al desarrollo de procesos de estigmatización social de individuos y conjuntos sociales” (Rossi; Touzé; Carro: 1997).

En este proceso de construcción social del problema, se destacan diversos actores que intervienen desde la promoción y difusión hasta el abordaje. La forma en que se construye desde los diferentes ámbitos de opinión, política, institucional, medios de comunicación y opinión pública, también contribuye a la construcción del imaginario social y a la relevancia que adquiere dicho problema

Los medios de comunicación no quedan exentos de responsabilidad en el tema: *“la responsabilidad que le puede caber ya no a la prensa escrita, sino a las fuentes de información y opinión de las cuales bebe la prensa escrita para elaborar su mensaje masivo, que dramatiza y traduce informaciones y opiniones que enfatiza y selecciona, pero no inventa.”* (Bayce, 1990: 138). Acerca de la prensa escrita Bayce concluye que: *“¿No contribuimos (drogas, SIDA, delincuencia) a la construcción de pánico moral, psicosis de inseguridad y paranoia que alientan el autoritarismo, la represión y el control de la privacidad y de muchos derechos humanos? Hay mucha teoría en ese sentido.”* (Bayce, 1990: 140).

Cabe destacar que, si bien no es el objetivo de esta monografía analizar la implicancia que representan los medios masivos de comunicación en la temática planteada y que por tanto no se profundizará en ello, sí se considera pertinente mencionar aquellos aspectos que atraviesan el tema, incidiendo desde sus múltiples determinaciones.

La posición y el tratamiento que han adoptado los medios de comunicación para abordar este tema, muchas veces ha contribuido a fortalecer y perpetuar los estereotipos y mitos existentes asociando, por ejemplo, consumidor a delincuente, lo que contribuye a fomentar y reproducir ese mito proyectándolo hacia la sociedad y estigmatizando al consumidor sin distinción.

En el proceso de construcción social de la problemática del consumo de sustancias, aparecen los medios de comunicación con mucha implicancia en este proceso, ya que con su eco es capaz de reproducir creencias y mitos predominantes en nuestra sociedad. Se considera que el papel que juegan los medios de

comunicación en este tema, es muy importante, por tanto deberían contribuir con el objetivo social planteado desde el Estado, manteniendo un compromiso ético profesional.

Esta problemática se ve agudizada cuando nos encontramos con que el imaginario social identifica a los consumidores como mayoritariamente jóvenes de sexo masculino y de educación media. De acuerdo a los datos proporcionados por la Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre el Consumo de Drogas (JND, 2006), un significativo 82% percibe que el consumo de drogas ha aumentado. Se identifica la ausencia de apoyo familiar como la principal causa para el consumo de drogas y que los consumidores deben ser tratados como personas enfermas que deben ser recuperadas o directamente marginados de la sociedad (internación o cárcel) cierran esta visión mayoritaria estigmatizadora del consumidor. Lo mismo ocurre con la percepción de que un adicto a las drogas tiene pocas o ninguna posibilidad de recuperarse o que probablemente reincida.

Se proyecta una imagen de problema social que amenaza la seguridad ciudadana, identificando el consumo de drogas como un fenómeno de la juventud, potencialmente relacionado con la delincuencia. (Sepúlveda; 1997:103).

A la construcción social que se ha hecho en torno al consumo de drogas ilícitas, no escapa “el fenómeno emergente de la pasta base”. El consumo de pasta base de cocaína se expande en Uruguay desde fines del año 2002, modificando sustancialmente el patrón de consumo de drogas ilegales que se había centrado, hasta ese entonces, en la marihuana y cocaína. Esta situación ha exigido una revisión de las políticas de abordaje del consumo y abuso de drogas, así como de la prevención de las consecuencias adversas a la salud.

“Aunque su consumo en Uruguay se remonta al año 2000 (y antes según algunos consumidores), recién en el 2003-2004 la “pasta base” hace eclosión planteando un cambio radical en los patrones tanto del mercado como del consumo de sustancias psicoactivas ilegales, modificando sus consecuencias y el encare general de esta problemática”. (Latorre, 2004:27).

Se puede establecer que la pasta base se instituía como una “nueva moda” en el año 2001 presentando un acentuado consumo desde el 2002 – 2003, esto significa que se desarrolla del 2000 en adelante y hace eclosión para el 2003 -2004. Lo cual implica un proceso muy veloz de cambio en los patrones de consumo que dificulta, en la medida que no hay un monitoreo de estos patrones, la adopción de medidas

específicas desde los programas de reducción de daños y las políticas de salud y drogas en general.

El uso de esta sustancia ha crecido, desplazando a la marihuana y relegó a la cocaína a sectores de altos recursos. El consumo de pasta base se asocia fundamentalmente a sectores poblacionales de estratos socioeconómicos bajos y grupos sociales de indigentes. La pasta base es vendida a bajo precio, una dosis puede adquirirse entre 40 y 70 pesos; ello explica que la sustancia llegue principalmente a los sectores sociales más bajos. Se ha instalado en nuestro país como “la droga” de los sectores más pobres y jóvenes de la sociedad.

Lo relevante del consumo de pasta base como marca la encuesta es que es una droga cuyo consumo es de baja magnitud pero de alto impacto. Los valores obtenidos a partir de la encuesta muestran que un 8% de la población consumen dicha droga y que la mayoría de los consumidores reside en zonas periféricas y de vulnerabilidad social.

El consumo de drogas constituye actualmente un problema social relevante. Tanto desde el ámbito público como el privado, se ha ido generando respuestas para la prevención y reducción del daño, así como para el tratamiento y rehabilitación de personas que presentan problemas con el consumo. Esto implica la necesidad de incorporar conocimiento técnico sobre la temática que permita profundizar en su entendimiento para lograr una intervención eficaz.

Este tema es definido socialmente como “el problema de la droga”, donde confluyen procesos dinámicos que comprometen la salud, la economía y la seguridad pública. Fernández Romar, (2000:11) aporta la siguiente reflexión:

“... la opción por el consumo de determinadas sustancias que hace menos de un siglo configuraban un dilema individual (consumir o no consumir opio, haschich, etc) y que eventualmente podría ser entendido como un problema personal de salud se convirtió en décadas después en un problema sanitario general y terminó deviniendo en un problema de Seguridad Nacional, adquiriendo una inusitada dimensión geopolítica”.

Aproximarse al fenómeno del consumo de drogas implica superar lo inmediato trascendiendo, rediscutiendo y resignificando ciertas categorías que actualmente se encuentran en los discursos políticos, de carácter público y cotidiano como por ejemplo: “adicto”, “drogadicto”, etc, que naturalizan y legitiman determinadas concepciones y formas de entender dicho fenómeno.

El desafío está planteado, asumirlo implica profundizar y problematizar determinados conceptos que resultan claves a la hora de comprender la complejidad

del problema y los fenómenos que subyacen al universo de las drogas, constituyendo un espacio de tensiones, contradicciones y significados.

Resulta preciso discutir y desnaturalizar conceptos que han sido construidos y legitimados históricamente para superar lo inmediato del fenómeno y trascenderlo, rediscutiendo categorías que actualmente están en el discurso público, político y cotidiano.

1.2 Origen histórico

“En todas las sociedades, épocas y culturas ha habido, hay y habrá sustancias que el ser humano ingerirá, se inyectará, fumará, inhalará o utilizará siguiendo cualquier método que le permita introducirlas en su cuerpo”. (Montañés, 1992:245)

El fenómeno del consumo de drogas es una cuestión muy compleja y multi-determinada, que se ha vivido de distintas formas a lo largo del tiempo y según las diferentes culturas. La cultura permite al ser humano organizar su historia, para luego transmitirla a futuras generaciones. Las drogas han existido desde los orígenes del hombre y han sido utilizadas con diversos fines: religiosos, médicos, recreativos, festivos, etc.

Antonio Escotado, filósofo e historiador español plantea:

“Las primeras drogas aparecieron en plantas o partes de plantas, como resultado de una coevolución entre el reino botánico y el animal. (...) Las culturas de cazadores-recolectores –sin duda las más antiguas del planeta– tienen en común una pluralidad abierta o interminable de dioses. Hoy sabemos que en una muy alta proporción de esas sociedades los sujetos aprenden y reafirman su identidad cultural atravesando experiencias con alguna droga psicoactiva”. (Escotado, 1996: 9-13).

En cuanto a los mecanismos químicos, la humanidad ha venido utilizando desde hace por lo menos cinco mil años un gran conjunto de drogas para inducir diferentes estados de ánimo, que le permitieran una comprensión y una vivencia del mundo ampliada.

Hasta entrado el siglo XIX, el uso de drogas con fines religiosos y terapéuticos han sido los más importantes. Este uso tiene como sentido último calmar o aliviar algún malestar o dolor de tipo físico, emocional o espiritual.

En la mayor parte de la historia de la humanidad las drogas se han consumido con fines religiosos y espirituales, pero a lo largo de los milenios han ido variando los sentidos que las sociedades han atribuido a sus consumos: los motivos que llevan a

consumir una droga. Por lo tanto sería un error histórico considerar al uso de drogas como un fenómeno nuevo en la historia de la humanidad.

Desde una perspectiva antropológica, las drogas no son un asunto exclusivo de las sociedades complejas. El consumo de drogas no es un nocivo invento de la modernidad, sino que en todos los tiempos, por motivaciones rituales, mágicas, religiosas, recreativas se ha consumido sustancias de origen vegetal las que afinaban los sentidos, que conferían fuerza y resistencia, que adormecían las facultades o los transportaban a otra realidad.

Cabe destacar que las modalidades de su uso han tenido variantes significativas, a lo largo de la historia. En las sociedades pre-capitalistas su uso se daba en contextos limitados a ciertos rituales, con significaciones y carácter sagrado religioso. En cambio, la problemática del consumo de drogas, como es percibida en la actualidad, tiene sus orígenes en el surgimiento del capitalismo y en el proceso de modernización.

“Nuestra cultura ha transformado a la droga, en una mercancía, en un bien de intercambio, en un bien de uso en un bien de consumo, vaciándola de todo contenido ritual, impulsándonos a consumirla como un objeto suntuario. Nuestra cultura es una cultura compulsivamente consumidora”.
(Eira; García Puster, 1998:261)

Mientras que en las sociedades pre-capitalistas las drogas eran un producto natural que generalmente se cultivaban en el propio medio, intercambiándose con grupos afines, caracterizado por un hecho colectivo y tomando significado mágico religioso, en sociedades urbano industriales las drogas no forman parte del propio e inmediato entorno sociocultural, normalmente se han adquirido en el mercado y no acostumbran tener las connotaciones mágico-rituales, sino que su uso es vivido como una cuestión de carácter individual (Oriol Romani, 1992).

Podemos ubicar la aparición de las drogodependencias a partir de la Revolución Industrial, tanto en lo referente a las condiciones técnicas como a las sociales y culturales. En cuanto a las condiciones técnicas, es preciso marcar el desarrollo de la industria química en general, de los transportes y de los medios de comunicación. En lo que refiere a las condiciones socioculturales, cabe señalar las pautas culturales que acompañan el proceso de industrialización y al desarrollo de las sociedades urbanas. (Oriol, Romani, 1992).

En la actualidad las drogas resultan un producto más de consumo y en consecuencia deben ser tratadas como valor simbólico de cambio mas que de uso, subordinándolas a las reglas de la oferta y la demanda que impone el mercado.

1.3 ¿Qué son las drogas o sustancias psicoactivas?

Existen múltiples y disímiles conceptualizaciones del concepto drogas, consideremos aquí la que (por visión y amplitud) más se ajusta a la perspectiva aquí adoptada, ya que constituyen una temática compleja que admite diferentes lecturas y enfoques según los diferentes posicionamientos filosóficos, morales, teóricos, etc.

“Por droga –psicoactiva o no- seguimos entendiendo lo que hace milenios pensaban Hipócrates y Galeno, padres de la medicina científica: Una sustancia que en vez de ser “vencida” por el cuerpo (y asimilada como simple nutrición) es capaz de “vencerle”, provocando –en dosis ridículamente pequeñas en comparación con las de otros alimentos– grandes cambios orgánicos, anímicos o de ambos tipos.” (Antonio Escohotado, 1996: 9).

Seguando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una primera definición de drogas psicoactivas nos permitirá tener una idea clara de lo que llamamos droga desde un punto de vista científico: *“Droga es toda sustancia natural o química de origen natural o sintético que introducida en el organismo es capaz de modificar una o más funciones del mismo (...) las sustancias psicoactivas, al ser consumidas alteraran la fisiología del organismo, pudiendo provocar una modificación en el estado de ánimo de la persona, o en su percepción de la realidad, a través de su acción directa sobre el sistema nervioso central (SNC)”.*

Según otra definición: *“Droga será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o inventará a lo largo de los siglos, con capacidad para modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo” (Jaime Funes Arteaga. s/d:15).*

Teniendo en cuenta estas definiciones es apropiado referirse a “las drogas”, ya que hablar de “la droga” como un fenómeno único y uniforme implica no considerar que existan diversas sustancias, consumidas de distintas formas, por diversas personas, en diferentes contextos y que puedan dar lugar a variados tipos de situaciones más o menos problemáticas.

Desde esta perspectiva entendemos que la expresión “la droga”, dificulta la comprensión del fenómeno. Existen variadas sustancias que consumidas de diversas formas y en diferentes situaciones pueden ser problemáticas o no para quien las consume.

No existe LA droga, sino LAS drogas y los efectos que genera cada una de ellas son diferentes. Esto implica considerar siempre al sujeto como protagonista, capaz de incidir en sus situaciones de vida, entendiendo que la relación que se establece con las sustancias depende del sujeto y no de “la droga”.

Capítulo II:

Rol del Estado y políticas públicas en el tema drogas

II.1 Marco normativo: legislación vigente sobre drogas ilícitas en Uruguay

En Uruguay se encuentra vigente la Ley 17.016⁵ de 1998, que modificó parcialmente el Decreto Ley 14.294 de 1974 y la ley 16.579 de 1994, que se aplican en materia de producción, comercialización y consumo de drogas. Según las mismas no está prohibido el consumo personal de ninguna sustancia pero sí lo están la producción, tráfico, venta y suministro de una serie de ellas.

La ley 17.016 considera suministro a toda entrega, aplicación o promoción del consumo que de alguna manera lo facilite y que sea a título gratuito. De esta forma, aunque el consumo de drogas no constituye delito en nuestro país, está igualmente sometido a la legislación administrativa.

Si bien el consumo no está prohibido, de ser identificado puede dar lugar a la indagatoria policial y en caso de encontrarse en su poder una cierta cantidad de sustancia ilegal quedará a criterio del juez determinar si es para consumo personal, de acuerdo a la "convicción moral" que se forme.

Sin embargo, la ley establece que la persona que es encontrada consumiendo o usando indebidamente sustancias ilícitas debe ser llevada a juez para que disponga su examen por un médico de la Comisión Nacional de Lucha Contra las Toxicomanías (creada a partir del Decreto de Ley 14.294, que regula la comercialización y uso de estupefacientes) y un médico forense a los efectos de que estos determinen si se trata de un adicto, en cuyo caso el juez debe imponer el tratamiento de dicha persona. (SND/JND, 1999: 15)

"El profundo cambio en el estado de cosas que acontece durante los últimos años tiene su reflejo legislativo en la Convención de Viena en 1988, cuya meta es endurecer al máximo las penas y confirmar a nivel mundial distintos recortes a derechos civiles reconocidos, así como otras irregularidades jurídicas (violabilidad de domicilio, correspondencia y teléfono, análisis obligatorios de orina y sangre, mayores plazos para la prescripción de delitos y condenas, extradición automática, impunidad para delincuentes que quieran ser delatores, excepciones al secreto bancario, prisión y tratamiento forzoso para usuarios moderados, posibilidad de que la policía adquiera y distribuya drogas ilícitas para descubrir redes de tráfico, derecho policial a revender en beneficio propio un alto porcentaje de los bienes incautados a traficantes, derecho a provocar delitos). Adaptando la normativa mundial a la norteamericana, el implicado en asuntos de droga ilícita recibirá el trato de terrorista, y las fuerzas del orden tendrán las manos libres para hacer y deshacer." (Antonio Escotado, 1996: 200).

⁵ Ver anexo I

Uruguay es firmante de la Convención de Viena, por lo cual se encuentra regido por este marco jurídico.

La prevención del consumo de drogas, el tratamiento, rehabilitación y reinserción de los fármaco dependientes, junto a otros aspectos importantes como el control del tráfico de drogas, precursores y productos químicos, el lavado de activos y delitos conexos, entre otros, ha sido para Uruguay una preocupación constante.

Con la creación de la Junta Nacional de Drogas (JND) el 28 octubre de 1999 y la Secretaría Nacional de Drogas (SND), se declara de interés nacional la política pública de prevención, tratamiento y rehabilitación del uso abusivo de drogas y la represión del narcotráfico y sus delitos conexos (Decreto 346/1999); cambiando así de nombre a la anteriormente creada en julio de 1988, Junta Nacional de Prevención y Represión del Trafico ilícito de Drogas (Decreto 463/988).

El Gobierno de la República desde la creación de la JND ha venido elaborando una política de Estado basada en la preservación de la salud de la población, promoviendo estilos de vida saludables, fortaleciendo los vínculos con la sociedad civil, la que ha sido encarada en el marco del orden jurídico constitucional y legal, de la soberanía nacional, la observancia del orden y el respeto de los derechos individuales y de acuerdo a los compromisos asumidos internacionalmente por Uruguay: Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 (Ley 16.579), en el ámbito continental con la Organización de los Estados Americanos y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), a nivel regional con el MERCOSUR y acuerdos bilaterales.

En materia de drogas existe un marco internacional bastante rígido, pues la política criminal es definida en gran parte por el Derecho Internacional. Por eso la gran mayoría de las legislaciones internas sobre drogas son el desarrollo de acuerdos internacionales propugnados por los Estados Unidos. Uprimny Yepes (1997:147) expresa:

“desde la conferencia de Shangai -en 1909- hasta el Protocolo común relativo a la aplicación de la Convención de Viena y del Convenio de París, de 1988, pasando por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, hemos tenido un régimen jurídico internacional que prohíbe en forma absoluta la producción y el uso y tráfico de ciertas drogas cuando se efectúan con finalidades diferentes a las estrictamente médicas o científicas.”

Desde la creación y las últimas modificaciones legales realizadas en materia de drogas ha transcurrido mucho tiempo, y si bien la amplitud de la ley considera a las

nuevas sustancias que se han introducido en el medio, deja por fuera muchos aspectos que son fundamentales para un mejor funcionamiento social.

Existen delitos vinculados al consumo de determinadas sustancias, como por ejemplo: pasta base, que exige modificaciones en el enfoque y tratamiento que se le da al consumidor que llega a cometer un delito bajo sus efectos, dado que esta droga específicamente ha superado los parámetros legales que hasta ahora venían utilizando los jueces para dictar sentencias en los delitos vinculados al consumo de drogas.

Cabe destacar el interés desde la Justicia de contribuir a un sistema legal más eficiente. Interés que se refleja en la voluntad manifiesta por la suprema Corte de Justicia en colaborar con la política de Estado en la que se basa la Junta Nacional de Drogas. La defensora de oficio del Poder Judicial, sostiene que: *“quienes cometen delitos bajo el efecto de la pasta base de cocaína, deberían ser declarados inimputables en virtud de la distorsión que ocasiona en su conducta el consumo de esta droga”*⁶.

Hasta el momento, el Código Penal sólo considera causal de inimputabilidad, los casos en los que la intoxicación por estupefacientes es absoluta y se produce por razones ajenas a la voluntad de la persona. Lo que establece el Código Penal con respecto a la intoxicación por razones ajenas a la voluntad es difícil de aplicar cuando se trata específicamente con el consumo de pasta base, ya que existe un vacío en lo que sucede con la voluntad de quien consume. Dadas las características que presenta el consumo de esta sustancia es que se pone en cuestión la aplicabilidad de la ley para este tipo de situaciones concretas.

⁶Fuente: <http://www.infodrogas.gub.uy>. “Imputabilidad y pasta base”. Marzo 2005.

II.2 Posicionamiento institucional: El rol del Estado (JND)

El Estado uruguayo tiene la función, según lo plantea la Constitución de la República en su artículo número 44, de legislar en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Es competencia de los actores estatales y organizaciones no gubernamentales tomar iniciativas para abordar esta problemática, sobre todo el Estado a partir de la elaboración de políticas públicas⁷ y de acciones específicas desde sus órganos vinculados al tema.

Este trabajo se centra en la posición que las autoridades y los responsables de la elaboración e implementación de políticas en la materia han adoptado para afrontar esta problemática. A partir de las líneas de articulación que propone el Estado, se intenta reflejar de manera crítica los aspectos de este proceso.

La Junta Nacional de Drogas es el órgano que de acuerdo a la política de Estado tiene a su cargo (desde el año 1988) la instrumentación y coordinación a nivel nacional de todas las acciones relativas a la prevención del consumo problemático y tratamiento de adicción a las drogas (a la represión del tráfico y precursores químicos, lavados de dinero y delitos conexos), las que serán ejecutadas por los organismos con atribuciones específicas en las respectivas materias, de acuerdo al ordenamiento jurídico y marco legal citado anteriormente.

Este órgano de coordinación y programación político – institucional depende de la Presidencia de la República y fue creado por decreto en el año 1988. La creación de este organismo responde a una propuesta de política ideada e impulsada por Estados Unidos, el Secretario de la JND expresa:

“El tema drogas en nuestro continente apareció en la década del 80-90, impulsado fundamentalmente por Estados Unidos, responde a una estrategia de Estados Unidos que lo consideró un problema de seguridad nacional, por lo tanto de seguridad hemisférica y potenció e impulsó la creación de comisiones nacionales al más alto nivel. En el año 1988 fue creada en nuestro país y la función que tiene es de articulación de los

⁷Se entiende el concepto de políticas públicas como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones llevadas adelante y gestionadas por autoridades públicas, con el objetivo de intervenir en un determinado fenómeno o problema que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios (Tamayo Sáez, 1997: 281).

*distintos ministerios que están involucrados (...) y esa tiene que ser la función de la Junta, no tiene que tomar para sí el tema drogas, sino promoverlo desde los distintos ministerios para que se hagan cargo como problema en las distintas instituciones*⁸.

Se encuentra integrada por los siguientes Miembros Permanentes: los Subsecretarios de los Ministerios del Interior, Relaciones Exteriores, Economía y Finanzas, Defensa Nacional, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública, Deporte y Juventud (éste último fue incorporado por Decreto 242/2000 de 22 de agosto de 2000), el Prosecretario de la Presidencia de la República quien la presidirá, y el Secretario General de la Secretaría Nacional de Drogas, quien la convocará y coordinará sus actividades.⁹

Cabe destacar que las actuales autoridades le otorgan a esta problemática carácter prioritario y urgente, poniendo a disposición todos los recursos disponibles que permitan apoyar y facilitar las gestiones de coordinación interinstitucional. En esta línea citamos las palabras del Sub secretario de la JND:

*“El tema drogas fue instalado en la agenda pública el 1º de marzo del año 2005 en el discurso de asunción de mando de Tabaré Vázquez, y hasta este entonces pese a las elevadas cifras de consumo de alcohol (en el año 2001 el Observatorio Uruguayo de Drogas planteaba que el 16% de la población uruguaya tenía un abusivo y problemático consumo de alcohol) ninguno de los partidos, ni siquiera el Frente Amplio tenía un solo programa, ni una sola línea referida al tema drogas, ni tampoco lo tenían ni las cámaras empresariales, ni el PIT-CNT, ni FUCVAM, ni el cooperativismo en general, ni la academia. Había una ausencia del tema drogas en la agenda pública, el tema es instalado en la agenda pública como prioridad en este gobierno.”*¹⁰

Las palabras del Presidente de la República en su discurso de asunción de mando marcan un camino de actuación estatal, enfatizan la represión, el control de la oferta,

⁸Palabras extraídas de la entrevista realizada al secretario de la JND para la realización de este documento.

⁹Integran también dicha Junta Nacional, en las oportunidades que corresponda, los respectivos Comités de Asesoramiento según la materia, un representante de los siguientes organismos: Banco Central del Uruguay, Dirección de Cooperación Jurídica Internacional y Justicia, Dirección Nacional de Aduanas, Dirección General Impositiva, Administración Nacional de puertos, Intendencias Municipales, Administración Nacional de Educación Pública, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Instituto Nacional de la Juventud y Comisión Nacional de Educación Física (actualmente Ministerio de Deporte y Juventud), Banco de Previsión Social, Universidades, entidades educativas y de prevención y las especializadas en el tratamiento y atención de adictos.

¹⁰Palabras extraídas de la entrevista realizada al secretario de la JND para la realización de este documento.

la prevención y lo asistencial. Según documentos oficiales y palabras del sub secretario de la JND se definió como prioridad enfrentar la emergencia social en el tema drogas marcada por la aparición de un nuevo patrón de consumo, pautada por tráfico ilegal, y el consumo de pasta base de cocaína con gran repercusión en el ámbito de la salud y seguridad pública.

La JND ha establecido como una de sus prioridades el desarrollo de programas de prevención del uso problemático de drogas tanto lícitas como ilícitas, así como el apoyo y el impulso de proyectos destinados a la reducción de riesgos y daños en coordinación con organismos públicos estatales y organizaciones no gubernamentales.

Los lineamientos de trabajo que plantea la JND para llevar adelante su función están dirigidos principalmente a abordar el primer nivel de atención. *“Entre los muchos aportes de la estrategia llevada a cabo por la JND, el más significativo es sin duda haber situado a la prevención en un lugar central y prioritario respecto a todas las posibles medidas que cabe articular frente a las drogas. Impulsar una política centrada en la prevención exige que la misma esté sustentada en una información objetiva, veraz y rigurosa sobre este complejo fenómeno y requiere conjunción de grandes esfuerzos y numerosas voluntades para llevarla a cabo”.* (JND. s/d: pág.4).

La prevención constituye una estrategia a largo plazo que apunta a llegar a las nuevas generaciones desde una perspectiva de carácter educativa y desde un punto de vista integral, que apela a tener una mejor calidad de vida en el futuro. Pero ¿qué pasa con quienes vienen consumiendo de forma problemática desde hace tiempo? Para ello es preciso conjugar ambos niveles en un proyecto que integre la atención específica con aquellos aspectos preventivos, a través de la información clara y precisa sobre las posibles causas, consecuencias y daños que implica el consumo de drogas, según cada sustancia.

Toda la actividad de la JND está basada en un Plan Nacional, instrumento que resume las políticas nacionales, define prioridades y asigna responsabilidades a las instituciones que planifican, coordinan y desarrollan la prevención integral del uso y tráfico de drogas ilícitas y delitos conexos.

Dicho plan ha definido una estrategia de trabajo donde ha priorizado, entre otros puntos, el fortalecimiento institucional, en lo político y en lo operativo del órgano rector

de las políticas públicas en materia de drogas la JND, cuya supervisión de ejecución esta en la Secretaría Nacional de Drogas

La JND basa su perspectiva desde un enfoque interinstitucional e intersectorial, ello implica el acuerdo y la complementación de los ministerios del Poder Ejecutivo (incluidos en el órgano), con la cooperación del Poder Judicial y el Poder Legislativo, así como los gobiernos departamentales, municipales y locales, que integre la voluntad política institucional de todos los actores.¹¹

Siguiendo las palabras del Secretario de la JND, podríamos afirmar que la principal estrategia que ha llevado adelante la JND en este período de gobierno es la de integralidad:

“la principal estrategia yo la definiría de integralidad. En general el tema drogas a nivel continental y mundial (este es un debate a nivel internacional) está basado en lo represivo y los recursos van para lo represivo, van para la reducción de la oferta, que esta muy bien, pero si nosotros atendemos sólo eso y no tenemos programas de investigación, de educación, de intervención y tratamiento de atención al usuario (...) es decir este es el conjunto de políticas que a mí me asegura la aprehensión multidimensional del fenómeno.”¹²

También basa su estrategia en la siguiente perspectiva: se trata de un problema social complejo, multidimensional y multicausal, fuertemente anclado en los factores políticos y culturales de la sociedad y la comunidad, que exige una presencia activa del Estado en sus obligaciones fundamentales y una participación activa protagónica de la sociedad, desplegando un fuerte compromiso en todas las áreas de la administración y las redes sociales de organizaciones de la sociedad civil, abordando la complejidad del uso problemático de drogas, su tráfico ilegal y el lavado de dinero, en un enfoque de continuidad y complementación de acciones de las diversas áreas de intervención.

Para poder comprender los fundamentos, modelos e ideología que sustentan tanto la normativa legal como las diferentes respuestas de intervención y formulación de políticas públicas, es necesario vincularlos con el contexto internacional, observando de qué manera se posiciona el principal órgano en la materia a nivel estatal.

¹¹Estrategia Nacional para el Problema Drogas en Uruguay 2005- 2009. www.infodrogas.gub.uy

¹²Palabras extraídas de la entrevista realizada al secretario de la JND para la realización de este documento.

Bajo el concepto de responsabilidad del Estado a través de la JND se propone construir políticas públicas basadas en el respeto de los derechos humanos individuales y colectivos, que asuma la política como un continuo, con un enfoque que abarque la promoción de hábitos y valores saludables, prevención primaria y secundaria, en una perspectiva de reducción de daños, tratamiento y rehabilitación, reinserción social y control de la oferta y lavado de activos. Desde una construcción y un debate permanente entre la sociedad y el Estado, anclado en las políticas sociales del gobierno, al servicio de los sectores más vulnerables y contra la exclusión social y ciudadana, desde una perspectiva de derechos y garantías, convocando a un compromiso interinstitucional e intersectorial bajo la consigna de “problema drogas: compromiso de todos”.¹³

Sin embargo se introduce en Uruguay una línea política que fue impulsada por Estados Unidos, vinculada a la guerra contra las drogas bajo una perspectiva moralista y puritana. Estados Unidos no sólo ha sido el principal defensor y promotor del prohibicionismo a nivel internacional, sino que por su propia estrategia de “guerra contra las drogas” representa el caso extremo de políticas en este sentido.

Retomando las palabras del Secretario de la JND en: *“El mundo es prohibicionista, las políticas de drogas son en general prohibicionistas, no solamente Estados Unidos, también Cuba, Suecia, China, Alemania, Rusia, Irán, el mundo es fuertemente prohibicionista. Estamos en un proceso de debate, de la estrategia mundial de drogas, Uruguay se levanta en forma crítica ante el modelo represivo y pugna por una integralidad y por las políticas de reducción de daños y de la oferta y la demanda y fundamentalmente pugna por un apego a los derechos humanos (...) No estamos en el paradigma de Estados Unidos, como estrategia preferimos un modelo de reducción de daños...”*¹⁴

Pese a este posicionamiento, la creación de la JND tiene una fuerte explicación geopolítica, en tanto Uruguay responde a una política ideada por Estados Unidos de lucha contra las drogas.

¹³Fuente: <http://www.infodrogas.gub.uy>. “Imputabilidad y pasta base”. Marzo 2005.

¹⁴ Palabras extraídas de la entrevista realizada para la elaboración de esta monografía.

II.3 Implementación de políticas públicas: Red de Asistencia en Drogas “Portal Amarillo”

A continuación se presenta brevemente dadas las características del presente trabajo, lo que representa la implementación de la Red de Asistencia en Drogas como política estatal, implementada desde esta administración en relación al objeto de estudio propuesto en este trabajo.

Como fue mencionado anteriormente el lineamiento político implementado desde la Junta Nacional de Drogas define como prioridad enfrentar la emergencia social del tema drogas signada por la aparición de un nuevo patrón de consumo pautada por el tráfico ilegal y el consumo de pasta base de cocaína con gran repercusión en el ámbito de la salud y la seguridad pública. Para ello ha definido una estrategia de trabajo donde ha priorizado, entre otros puntos, el fortalecimiento institucional, en lo político y en lo operativo del órgano rector de las políticas públicas en drogas, la Junta Nacional de Drogas, cuya supervisión de ejecución se encuentra en la Secretaría Nacional de Drogas.

Desde esta perspectiva se plantea la prioridad de desarrollar la Primera Red de Asistencia en Drogas como respuesta pública a la necesidad de tratamiento y prevención. Para ello se crea el Centro de Información y Referencia de la Red - Drogas (conocido como “Portal Amarillo”), que se propone desarrollar una intensa acción intersectorial en lo público y en lo privado para movilizar todos los recursos humanos y materiales destinados a la emergencia social en drogas y en la construcción de programas de mediano y largo plazo.¹⁵

La directora de la institución expresa:

“Autoridades de la JND, Ministerio de Salud Pública e INAU deciden en conjunto armar esta propuesta en el año 2005, con las nuevas autoridades de gobierno se redefine un proyecto que ya estaba pensado, pero presentaba algunas características diferentes, iba a ser en el Centro Nacional de Rehabilitación Musto con características más cerradas, el hecho estar allí en ese lugar cambiaba bastante la perspectiva ya que iba a ser exclusivamente para interacción...”¹⁶

Con la creación de este centro se pone en marcha una de las estrategias implementadas desde el Estado como respuesta al “problema de las drogas” en nuestro país. El Portal Amarillo refleja un indicio del Estado por organizar el tema y por coordinar metodológicamente estrategias de intervención comunes, con los aportes de

¹⁵ Material extraído del Plan de Trabajo 2007. JND www.infogdrogas.gub.uy

¹⁶ Palabras extraídas de entrevista realizada a la directora del Portal Amarillo, para la elaboración de esta monografía.

las distintas ONG's que trabajan en la temática y presentan amplia trayectoria en problemas vinculados al uso de drogas.

“Dos o tres años antes de la asunción del gobierno que asume en el año 2005, se constataba un cambio en la cantidad y en la cualidad de la problemática del consumo de sustancias, por eso las autoridades de este gobierno la JND decide que había que implementar una estrategia de salud para atender a estas personas, ya que se constataba que había un cambio en los patrones de consumo.”¹⁷

Al Portal se llega desde el “primer nivel de atención”: desde las policlínicas municipales y/o de ASSE, lo cual da cuenta de la interconexión existente entre los Centros de Asistencia del Primer Nivel de salud del Sistema Municipal, Nacional y los Equipos de ASSE.

La primera actividad en la cual participa quien ingresa, es el denominado Grupo T. Se trata de un grupo terapéutico y de transición que oficia de primer sostén para el consumidor y su familia. Una vez superada esta instancia, los coordinadores deberán evaluar quién está en condiciones de aguardar un tiempo más para participar del Comité de Recepción o quien por su estado, requiere de una intervención inmediata.¹⁸

Existen tres dispositivos de intervención, la internación es uno, pero también está el tratamiento ambulatorio y el Centro Diurno. El denominado Comité de Recepción realiza una entrevista personal en la que evalúa el tratamiento que le será más efectivo a la persona que ingresa. Se puntualiza si recibirá internación, si se derivará al Centro Diurno o si participará del programa del Centro Ambulatorio.

“La internación puede variar desde unos diez días a dos meses como máximo. Quienes participan del llamado Centro Diurno, acuden al Portal tres veces por semana con una importante carga horaria y realizan distintas actividades. Los que participan del régimen de Centro Ambulatorio, tienen entrevistas con psicólogo o psiquiatra o en grupos, dependiendo del programa. También existen grupos específicos para los familiares. Todo esto se define en la entrevista con el Comité de Recepción.”¹⁹

Las funciones de los Referentes en Drogas del Primer Nivel de Atención Pública se basan en los siguientes objetivos generales: atención a todos aquellos usuarios con consumo inicial, no problemático en el sentido de adicción instalada y daño individual manifiesto, con voluntad de tratamiento; realizar el seguimiento de aquellos usuarios

¹⁷ Palabras extraídas de entrevista realizada a la directora del Portal Amarillo para la elaboración de esta monografía.

¹⁸ Material extraído de “Problema Drogas, compromiso de todos” Presidencia de la República. JND-SND pág. 14

¹⁹ Palabras extraídas de entrevista realizada a la directora del Portal Amarillo para la elaboración de esta monografía.

que cumplieron el programa en el Portal Amarillo (residencial y/o ambulatorio); atención a familias preocupadas por la situación de consumo del usuario.²⁰

En cuanto a la Red de atención la directora del Portal Amarillo expresa la siguiente perspectiva en relación a su percepción:

“... la red tiene un sentido pragmático, la red tiene que ser todas las instituciones ya sea las de primer nivel de atención, las de segundo y las de tercer nivel tienen que estar articuladas fundamentalmente para realizar una buena cobertura para que los pacientes no pierdan tiempo y para que se atiendan en el nivel que les corresponde de acuerdo a la complejidad de la situación. Esto para nosotros tiene que funcionar como referencia y contra referencia como términos que son palabras claves de lo que es una red asistencial (...) hablamos de la instalación de un estrategia en la cual estamos conectados los centros de salud, la comunidad, los centros de distintos niveles”²¹

El abordaje desde los diferentes niveles de atención implica un tipo de intervención integral donde la dimensión comunitaria ocupa un rol muy importante. La complejidad y diversidad de perspectivas y subjetividades en relación a la implementación de esta Red se relaciona con el lugar que ocupa cada individuo en el entramado de la misma. Desde este punto de vista se valoriza la Red de Asistencia como respuesta a una complejidad propia de esta problemática.

Por otro lado es posible observar la vinculación de esta problemática con el tema de la seguridad pública, ya que en los últimos años el problema del consumo de drogas se ha visto muy relacionado al delito.

En este sentido, la directora del Portal expresa: *“Si no estuviera el tema de las drogas tan vinculado al delito, yo no sé si hubiera habido tanta inversión, si hubiera sido sólo un tema de salud no sé si se hubiera invertido tanto, yo creo que este gobierno ha invertido mucho en formación y capacitación en este tema (...) me parece perfecto que el sistema de salud haya puesto los ojos en esto”²²*

Finalmente, la Red se implementa desde un dispositivo de salud que reproduce una lógica médica con intervenciones propias del sistema de salud que, si bien se encuentran mediadas por esta mirada, coexisten con un trabajo desde lo interdisciplinario que fortalece y complementa dichos abordajes.

II.4 Políticas Públicas: Concepciones y percepciones

Existen diferentes perspectivas en las visiones sobre el problema de las drogas que se ven reflejadas tanto en cómo es aprehendido el problema, como en las

²⁰ Documento extraído del sitio web de Internet. www.msp.gub.uy

²¹ Palabras extraídas de entrevista realizada a la directora del Portal Amarillo, para la elaboración de esta monografía.

²² Palabras extraídas de entrevista realizada a la directora del Portal Amarillo, para la elaboración de esta monografía.

opiniones acerca de las acciones concretas que se llevan a cabo. La dificultad fundamental radica en cómo se aborda el tema y desde qué perspectiva.

Uno de los aspectos centrales de este trabajo consiste en analizar las políticas públicas en materia de drogas que se llevan adelante en Uruguay, principalmente a partir del año 2005. Para ello retomamos la definición de Tamayo, quien sostiene que: *“Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios.”* (Tamayo Sáez, 1997: 281). Esta definición permitirá ver cómo se construye desde el proceso de elaboración de las políticas en Uruguay el problema de las drogas y qué se entiende como “problema” por parte de los responsables del diseño e implementación de las mismas desde el Estado.

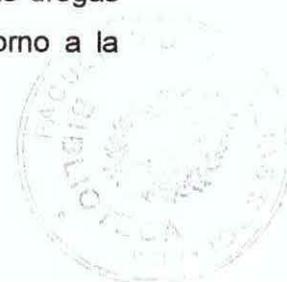
“El proceso o ciclo de construcción de las políticas públicas comprende las siguientes fases: Identificación del problema; formulación de las alternativas de solución; adopción de una alternativa; implantación de la alternativa seleccionada; evaluación de los resultados obtenidos.” (Tamayo Sáez, 1997: 281).

A partir de la información recabada en la realización de entrevistas a informantes calificados para la elaboración de este documento fue posible observar cómo se comporta el ciclo de construcción de las políticas públicas en materia de drogas en Uruguay. Las mismas se encuentran en fase de implementación, ya que los mecanismos de evaluación aún no se han puesto en marcha, por lo tanto las políticas impulsadas desde este período de gobierno se encuentran en proceso de implementación y aún no han sido evaluadas.

Otro aspecto que resulta fundamental en la elaboración de este documento, de acuerdo al objeto de estudio planteado, es en relación a las distintas concepciones y posicionamientos que se presentan en este tema, y los discursos existentes de los actores que diseñan e implementan las políticas, que tiene que ver con una puntualización que realiza este autor con respecto a las políticas públicas:

“Es interesante resaltar que el análisis de las políticas públicas lo realizan personas que filtran la realidad a través de sus valores, de su capacidad técnica, de sus intereses circunstanciales y de su grado de información. De este modo, las conclusiones del análisis se ven afectadas por estos factores.” (Tamayo Sáez, 1997: 283).

Encontramos que existen dos posturas claramente diferenciadas en cuanto al tratamiento y abordaje del tema drogas, las que podemos inscribir dentro de dos paradigmas que intentan dar respuesta a la pregunta ¿qué hacer frente a las drogas ilícitas? Ambos paradigmas se enmarcan en lo que sería el debate en torno a la legalización o no de las sustancias ilícitas.



Rosa del Olmo (1992: 114) plantea: *“al tratar de sintetizar los complejos matices y modalidades del debate que se desarrolla en diferentes escenarios, con la participación de actores muy diversos, se puede afirmar de manera genérica la existencia de dos grandes paradigmas: el paradigma del prohibicionismo y el paradigma del antiprohibicionismo”*

Existe a su vez dos grandes discursos filosóficos que subyacen a este debate, el idealismo y el realismo. Respecto a lo cual la autora expresa: *“el debate se plantea como un problema moral entre el bien y el mal, versus un fenómeno real y concreto que exige el análisis de costos y beneficios de las políticas para enfrentar el problema”* (Del Olmo, 1992:116). La filosofía idealista se apoya en convicciones de índole personal y no en la veracidad científica, negándole realidad al objeto de conocimiento y a la existencia de fenómenos independientes de la conciencia (Del Olmo, 1992). Esta filosofía es la que sustenta el paradigma del prohibicionismo, cuya premisa moral fundamental es que las drogas son malas y peligrosas para el individuo y la sociedad. Se requiere la intervención del Estado con leyes que penalicen y repriman, manteniendo a los ciudadanos lejos de las drogas por el bien de la sociedad.

Esta perspectiva filosófica enfatiza la importancia de cumplir con ciertos “valores” (como el valor de la vida) como algo sumamente relevante. Considera que las drogas tienen una connotación negativa intrínseca, por lo tanto las políticas tendrían que estar orientadas a su eliminación. El mensaje para esta perspectiva que reafirma y destaca el valor moral, es que las drogas son consideradas como agente negativo que pone en cuestión el valor de la vida, visualizando al consumidor como enfermo que por su dependencia no tiene capacidad de decisión.

Los pilares que sustentan este paradigma según la autora son: *“en primer lugar, la clasificación y distinción de las sustancias psicoactivas en drogas lícitas e ilícitas (...) En segundo lugar, la producción de drogas o la oferta, ya que si no hay drogas disponibles no se consumen (...) y en tercer lugar, atacar el consumo....”* (Del Olmo, 1992:117).

Uno de los principales problemas que se presenta a la hora de intentar una consideración sistemática, científica y coherente de ese complejo nudo de significados denominado “las drogas”, radica en la falta de una lógica clara que justifique la ilegalidad de las sustancias prohibidas. La frontera entre las sustancias permitidas y las prohibidas no obedecen a criterios farmacológicos, sino *“al fervor moralizante de cruzados reformadores de la legalidad y a complejos intereses económicos”*. (Fernández Romar, 2000:38).

En términos económicos, el juego de la legalidad e ilegalidad trae consigo una serie de consecuencias, entre ellas un aumento desmedido de los precios y configurando mercados paralelos regulados por mafias contemporáneas.

Por otra parte la filosofía realista es quien sustenta el paradigma del anti prohibicionismo. La intervención del Estado, desde esta perspectiva, sería mantenerse al margen de las decisiones personales siempre y cuando no perjudique a los demás integrantes de la sociedad.

El pilar que sustenta esta perspectiva y en la que todos coinciden, es que las drogas no son eliminables: existen y seguirán existiendo. *“Aceptar este hecho es fundamental para poner en marcha políticas realistas”* (Del Olmo, 1992:118).

Esta postura plantea como ventaja el hecho de poder integrar a los usuarios de drogas dentro del sistema de salud, para poder generar un control y una evaluación mucho mayor.

Se plantea la legalización y medicalización de ciertas sustancias a los efectos de facilitar la integración de los usuarios de drogas a un sistema médico, con el fin de controlar y orientar sobre las formas de consumo menos peligrosas.

Se puede establecer que desde esta perspectiva es que se plantea el modelo de reducción de daños y riesgos que se analizará más adelante. Modelo que apunta a generar y potenciar en el individuo consumidor de drogas la capacidad de visualizar que un consumo problemático es incompatible con un proyecto de vida saludable.

La normativa legal vigente que regula en materia de drogas ilícitas en Uruguay se encuentra regida por un paradigma prohibicionista que persigue y castiga al traficante y al consumidor. Esta perspectiva encuentra sus fundamentos en un marco internacional bastante rígido, del cual surge la gran mayoría de las legislaciones internas sobre drogas, que son el producto de acuerdos internacionales propugnados por Estados Unidos. Como se mencionó anteriormente, desde la Conferencia de Shangai en 1909 hasta el Protocolo común relativo a la aplicación de la Convención de Viena y del Convenio de París, de 1988, Uruguay ha tenido como sustento un régimen jurídico internacional que prohíbe en forma absoluta la producción, el uso y el tráfico de ciertas sustancias, cuando se efectúan con finalidades distintas a las estrictamente médicas o científicas.

En este sentido, *“el prohibicionismo es una política que descansa en una idea muy simple, a saber: si no hay drogas no hay consumo de esas drogas, y a fortiori no puede haber abuso de de las mismas. Por consiguiente hay que prohibir en forma absoluta su producción y comercialización”*. Uprimny Yepes (1997:147)

Estados Unidos, defensor y promotor del prohibicionismo, a través de su estrategia de “guerra a las drogas”, es quien representa de manera más significativa con su experiencia, este tipo de políticas.

Oriol Romani (1992) plantea que el origen de la política prohibicionista, encuentra sus raíces a mediados del siglo XIX, a partir de las “Guerras del Opio”, cuando Inglaterra impone la masificación del consumo de opio a China y la iniciativa de Estados Unidos es combatir el mercado de opio a través de una política prohibicionista.

“... a partir de estos procesos se instaura el que será el paradigma dominante sobre las drogas en nuestras sociedades, paradigma de tipo represivo y criminalizador, aunque posteriormente se modifique con algunas orientaciones medicalistas e incluso incorpore algunos elementos de perspectivas socioculturales más globalizadoras”. (Oriol Romani, 1992:263).

Cabe destacar que a lo largo de la historia y del transcurso de los diversos procesos sociales, se ha ido configurando imágenes culturales sobre las drogas que predominan en nuestras sociedades contemporáneas. Siguiendo a Oriol Romani (1992: 263) el origen de estas imágenes proviene de planteamientos moralistas puritanos que tenderán a judicializar los comportamientos de los individuos y a justificar los comportamientos siempre en función de una utilidad social medida en relación al ciclo productividad – consumo. Estas imágenes que se han ido configurando a lo largo del tiempo según este autor, se han alimentado también de la medicalización de comportamientos no normativos, al mismo tiempo que participan de una mitificación del producto que puede ser tanto positiva como negativa.

Desde esta perspectiva se trata de reducir la oferta social de drogas ilícitas, por lo que se busca mantener a los ciudadanos lejos de las mismas, mediante la aplicación de la ley y el aprovechamiento de su poder punitivo. Fernández Romar (2000:96) sostiene que *“los ciudadanos son considerados víctimas potenciales de las sustancias ilegales y de quienes lucran con su comercio, y se intenta protegerlos mediante medidas legislativas, que versan sobre la producción, posesión, comercialización, y sobre la posesión de material necesario para su preparación o consumo.”*

El tema de las drogas ha configurado una gran justificación para el mantenimiento y desarrollo de diversas formas de disciplinamiento y normalización, que se han materializado desde el modelo jurídico - represivo.

“El modelo jurídico- represivo fundamenta su accionar en una demonización de las sustancias ilegales y subraya el posicionamiento de los ciudadanos frente a la ley. En la tríada habitual de droga-individuo-contexto, busca mediante la erradicación del primer término un

reacomodamiento normativo de los sujetos y una depuración de las sustancias que se ofertan en el mercado." Fernández Romar (2000:97).

Oriol Romani (1992) sostiene que en nuestra sociedad podemos atribuirle al conjunto de usos de las drogas, algunas funciones importantes en relación al mantenimiento y la reproducción del sistema social imperante.

Desde el punto de vista de los factores que históricamente han impulsado procesos medicalizadores de lo social, existe una amplia tendencia a referirse a aquellos asociados a las necesidades experimentadas por la sociedad de ejercer un control sobre los individuos, en el cuerpo y con el cuerpo. Foucault (1977:5) señala que, *"para la sociedad capitalista, desde el inicio del siglo XIX, el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica."*

Para Foucault (1976) el desarrollo del biopoder y sus técnicas constituyen una verdadera revolución en la historia de la especie humana, ya que la vida está completamente invadida y gestionada por el poder, lo que fue fundamental para la expansión del capitalismo al crear los instrumentos para la inserción "controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos" que generó una expansión inaudita de la acumulación de capital.

Foucault señala que el surgimiento del biopoder, que sustituye el antiguo derecho de vida y muerte que el soberano detentaba, pretende convertir la vida en objeto administrable por parte del poder. *"Esa gran tecnología caracteriza un poder cuya más alta función no es ya matar sino invadir la vida eternamente"* (Foucault, 1976:169)

Foucault (1975) distingue dos conjuntos de técnicas de biopoder que surgen en los siglos XVII y XVIII. La primera es la anatomopolítica, caracterizada por ser una tecnología individualizante del poder, basada en los individuos, en sus comportamientos y en su cuerpo, con el fin de *anatomizarlos*: producir cuerpos dóciles y fragmentados. Se basa en la disciplina como instrumento de control del cuerpo penetrando en él hasta llegar hasta sus átomos. Las herramientas anatomopolíticas son la vigilancia, el control, intensificación del rendimiento, multiplicación de capacidades, el emplazamiento, la utilidad, etc.

El segundo grupo de técnicas de poder es la biopolítica, la cual tiene como objeto las poblaciones humanas como grupos de seres vivos regidos por procesos y leyes biológicas. Esta entidad posee tasas medibles de natalidad, mortalidad, morbilidad,

movilidad en los territorios, etc, que pueden usarse para controlarla en la dirección que se desee. De este modo, según la perspectiva foucaultiana, el poder se torna materialista y menos jurídico, ya que ahora debe tratar respectivamente, a través de las técnicas señaladas, con el cuerpo y la vida del individuo y la especie.

Desde esta perspectiva, es posible comprender la historia del “problema de las drogas” durante los siglos XIX y XX, como la historia de la creación de un nuevo sistema de control social que se estructura alrededor del símbolo “droga” y que a través de él se aplicará a una serie de sectores sociales. (Oriol Romani, 1992:264).

Oriol Romani (1992:264) agrega que en nuestra sociedad podemos atribuir al conjunto de drogas unas funciones importantes en relación al mantenimiento y la reproducción del sistema social imperante. Según su perspectiva el autor profundiza y destaca que: *“el funcionamiento de la dialéctica entre procesos sociales e imágenes culturales que nos revelan que una de las principales funciones de éstas es precisamente la de enmascarar algunos aspectos de la realidad, que se relacionan en este caso, con el ámbito de las drogas y desde el punto de vista más general, la de contribuir al fenómeno de la mistificación ideológica, uno de los elementos claves en el funcionamiento de las sociedades occidentales contemporáneas”*.

El tema drogas constituye así un problema social relevante porque de alguna manera es el síntoma de un malestar social acumulado, es el portavoz de un malestar de la cultura, de un dolor muy intenso, que actúa como chivo expiatorio donde todos los males de la sociedad actual como la violencia en el fútbol, la violencia doméstica, los delitos, etc. son atribuibles a las drogas y muy particularmente a la pasta base, ya que constituye el nuevo “demonio” que se ha instaurado en nuestras sociedades. Y se cree que es a través del aspecto sintomático que se podrá intervenir para abordar problemas sociales pre existentes y más complejos que están detrás de ese “síntoma”.

Siguiendo el análisis de Fernández Romar (1997) existe otro modelo además del anteriormente mencionado (jurídico-represivo) que es el modelo médico - sanitario, mediante el cual es posible identificar cómo el papel de la medicina juega un rol fundamental, desde su “manto legitimador”. Desde este modelo se considera al “drogadicto” como un enfermo que requiere atención y sobre el que hay que implementar medidas de aislamiento y al considerar el problema de la droga como un tema esencialmente sanitario, los actores privilegiados son los médicos. Se entiende que existe una medicalización de la mirada del consumo de drogas, lo cual contribuye a reproducir el poder legitimado del saber médico al tomar decisiones.

Recordemos que esta hegemonía del poder médico (saber sobre la salud y la enfermedad) responde a un proceso histórico y que en Uruguay ha tenido dos manifestaciones fundamentales: el higienismo de principios y el sanitarismo de mediados del S. XX., que se ha denominado medicalización de la sociedad.

Corresponde aquí hacer referencia el término medicalización, el cual indica la ampliación del espectro de problemas sociales que son codificados en términos de salud y enfermedad. Se destaca aquí el carácter de norma invasora que los mismos representan para la vida cotidiana de los individuos, a medida que la mayor parte de sus facetas pasan a ser juzgadas desde ese ángulo. (Mitjavila, 1998:7)

“los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios.” (Méndez, 1985. En Mitjavila, 1998:2).

De esta forma, las drogas constituyen un escenario privilegiado para procesos medicalizadores, ya que el denominado consumo problemático de drogas representa un problema para la sociedad, en tanto ésta sólo admita aquellos patrones de conducta que no representen una amenaza para el orden social establecido, procurando un statu quo que garantice niveles pacíficos de convivencia entre los ciudadanos.

Para que alguna cosa pueda ser medicalizada es necesario que sea clasificada, evaluada y caracterizada en términos de normalidad – anormalidad. Así, normalizar implica *“proponer modelos controlados de conducta frente a la enfermedad, pero también respecto a la salud... supone la inducción a practicar y concebir las relaciones sociales con el propio cuerpo a partir de sus fundamentos médicos.”* (Menéndez, 1984:164). Lo cual indica que la medicalización de un objeto cualquiera no depende de su carácter estadísticamente desviado, sino que siguiendo a Freidson (1978:210): *“... al igual que el derecho y la religión, la profesión de la medicina utiliza criterios normativos para seleccionar lo que le interesa, y en que su trabajo constituye una realidad social que es distinta (y a veces virtualmente independiente) de la realidad física.”*

En el transcurso de este proceso, la medicina se ha ido estableciendo en múltiples aspectos de la vida como en la autoridad legítima para opinar e intervenir. Cabe destacar que la génesis de este proceso la encontramos al comienzo de la modernidad, en un contexto signado por la creciente racionalización de la vida y por lo tanto de la legitimidad del conocimiento científico-racional. La medicina como ciencia obtiene la legitimidad de poder trabajar sobre la enfermedad y sobre la salud,

pudiendo establecer los límites entre ambas, definiendo qué es lo normal y qué lo patológico.

Siguiendo a Foucault *puede afirmarse entonces, que el concepto de "normalidad" se estableció con la finalidad de poder demarcar, es decir establecer una diferenciación al interior de la sociedad y que se constituyó como un dispositivo de control que no sólo resultó necesario sino que además fue y es funcional a la ideología dominante (...) De esta forma, la "sociedad de normalización" tendió a la homogeneización de toda la población a los efectos de volverla previsible" (González, 2005:16).*

Mitjavila (1998) retomando a Foucault plantea que el factor que históricamente ha impulsado los procesos medicalizadores, es la necesidad de ejercer un control sobre los individuos, buscando ajustar sus conductas a los modelos de normalidad y salud que previamente se definen. La medicalización tienen entonces una función: la del control social. Siendo el objeto del mismo establecer mecanismos que faciliten la reproducción de los modos de vida y valores dominantes de una determinada cultura o sociedad.

El elemento privilegiado que otorga poder, autoridad y legitimidad a la medicina es su saber profesional. Pero este saber según plantea Mitjavila, está acompañado de una autoridad cultural que permite que las definiciones de la realidad y los juicios de significado médico obtengan el privilegio de convertirse en válidos y verdaderos por el simple hecho de ser enunciados por ellos. Esta es la base sobre la cual se extendió la autoridad social de la medicina, por medio de la cual ésta ha logrado establecerse en otros ámbitos en los que antes no participaba. La práctica médica cotidiana transmite determinadas pautas de conducta como normales o adecuadas y sanciona otras.

El tema de las drogas ha configurado una gran excusa para el desarrollo y mantenimiento de diversas formas de disciplinamiento y normalización. Esta forma de disciplinamiento se ha materializado desde el modelo jurídico – represivo donde la solución viene dada por la siguiente premisa: como la droga es el peligro hay que reprimir a sus usuarios y prevenir su difusión. Desde esta perspectiva no se logra una aprehensión multidimensional del problema, ya que el seguimiento de una lógica lineal impide que se efectúe un proceso de conocimiento que permita la comprensión de dicha problemática.

Capítulo III: La estrategia de Reducción de Daños

III.1 Orígenes de las políticas públicas en Reducción de Daños

Para comenzar este capítulo es preciso remitirse al debate planteado anteriormente acerca de los dos paradigmas presentados en este documento (prohibicionismo y anti prohibicionismo), para poder ubicar a la política de reducción de daños enmarcada en el paradigma anti prohibicionista anclada en una perspectiva liberalizadora²³ que reclama para sí rigurosidad científica y médica en el tratamiento de los usuarios de drogas.

Cabe destacar que la política de reducción de daños como estrategia de intervención para abordar el problema drogas no responde a ningún modelo teórico esbozado por algún intelectual, sino que es un modelo que se desarrolla en forma pragmática en varias partes de Europa a partir de reflexiones realizadas sobre las limitaciones y los efectos negativos de las políticas puramente represivas y prohibicionistas. (Uprimny Yepes, 1997). Por tanto, la política de reducción de daños, es una postura con raíces europeas, que se aplica en nuestro continente de diferentes maneras. Su finalidad no es eliminar totalmente de la sociedad el consumo de drogas, sino reducir los daños asociados al uso abusivo de sustancias y de las políticas de control y represión. Estas estrategias pretenden minimizar los efectos primarios relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas, al mismo tiempo que reducir los costos y daños secundarios que derivan de las propias políticas contra las drogas.

La reducción de daños es una política que apunta a la disminución de las consecuencias negativas del consumo de drogas, a diferencia de la política llamada de abstinencia, que se dirige exclusivamente a la disminución del consumo de drogas. *“Según el abordaje de reducción de daños, una estrategia que esté exclusivamente dirigida a disminuir la prevalencia del uso de drogas puede solamente aumentar varios de los daños relacionados con la droga, por lo tanto ambos abordajes tienen diferentes énfasis.”* (Riley; O’ Hare En: Inchaurreaga, 2001:15-16).

La reducción de daños como política intenta reducir los problemas asociados con el uso de drogas, reconociendo que la abstinencia puede ser un objetivo ni realista ni deseable para algunas personas, fundamentalmente en el corto plazo. De todos

²³Por perspectiva liberalizadora se entiende aquí a aquella postura que por un lado apela a la legalización del tráfico de sustancias, y por otro reclama exigencia de rigurosidad médica científica para su abordaje. Se puede afirmar también que es la postura contraria al prohibicionismo.

modos, esto no significa que la reducción de daños y la abstinencia sean mutuamente excluyentes, pero sí que la abstinencia no es el único objetivo aceptable o importante.

“Las raíces de la reducción de daños están en el Reino Unido, Países bajos, y Norteamérica” (Riley, 1993, 1994). Merseyside²⁴ se transformó en un centro para la política de reducción de daños, a principios de los años 80, ya que como muchas áreas del Reino Unido fue espectador de la propagación del uso de drogas, particularmente de heroína.

Siguiendo a Riley en Silvia Inchaurrega (2001), existen tres factores que condujeron al establecimiento del modelo de reducción de daños de Mersey. El primero fue la política de clínica local de drogodependencias, ya que la mayor ciudad de Merseyside, Liverpool no tuvo su propia clínica hasta mediados de los años 80. Un segundo factor en el surgimiento del modelo fue que en 1986 el Mersey Regional Drug Training and Information Centre, comenzó uno de sus primeros programas de cambio de jeringas en el Reino Unido, con el objetivo de aumentar la disponibilidad de jeringas estériles para usuarios de drogas.

El tercer factor fue la colaboración de la policía local, mediante un acuerdo en el que se estableció no vigilar a los servicios de drogas y se comenzó a derivar a esos servicios a aquellos usuarios de drogas que habían sido detenidos.

Este abordaje mostró ser efectivo, una de las razones es que estuvieron involucrados varios niveles de servicios y una amplia variedad de agencias, motivo por el cual los usuarios de drogas pueden obtener ayuda más fácilmente cuando la necesitan ya que los servicios se encuentran integrados.

Los programas de cambio de agujas y jeringas son para muchas personas el resumen del abordaje de reducción de daños. Se establecieron por primera vez a mediados de los años 80 en algunos países europeos y hacia fines de la década se implementaban en muchas ciudades del mundo. Proveer de agujas y jeringas estériles es una forma simple y económica de reducir el riesgo de diseminación de la infección de VIH. (Inchaurrega, 2001).

Otro ejemplo de política de reducción de daños, es la política holandesa (conocida como “modelo holandés”) sobre las drogas, es una alternativa a la política dominante a nivel mundial promovida por Estados Unidos, que se propone regular una realidad inevitable y reducir los daños relacionados con la problemática de las drogas. Holanda comenzó un experimento de mantenimiento con heroína en 1997/8 y varias ciudades de Alemania también querían comenzar programas de este tipo.

²⁴Merseyside es un condado metropolitano creado en 1974, situado en el norte de Inglaterra, junto al río Mersey. Está compuesto por las áreas metropolitanas de Liverpool, Knowsley, Sefton, St. Helens y Wirral.

Suiza por su parte también está llevando adelante un experimento nacional con prescripción de heroína y otras drogas a los usuarios. Este experimento está orientado a determinar si la prescripción legal de heroína y otras drogas reduce la actividad criminal de los usuarios y su riesgo de contraer y transmitir VIH. Suiza estudió los programas de prescripción británicos antes de iniciar el estudio realizado de mantenimiento con heroína. Este programa comenzó en enero de 1994 en ocho ciudades de este país. (Riley; O' Hare, en Silvia Inchaurrega 2001).

Aunque la reducción de daños puede usarse como marco para pensar en todos los tipos de drogas que se puedan consumir, ha sido aplicada fundamentalmente al uso de drogas inyectables (UDI) por la apremiante forma del daño implícito en ella. La reducción de daños relacionados con las drogas es una política relativamente nueva que en los últimos años ha ganado pluralidad, especialmente en Australia, Gran Bretaña, y los países Bajos como una respuesta a la transmisión de VIH entre usuarios de drogas inyectables. La reducción de daños abarca varios programas o estrategias que están siendo aplicados en todo el mundo.

Es posible observar cómo los orígenes de tal política están relacionados con el uso de drogas inyectables, principalmente de heroína. Uruguay no presenta esta realidad ya que el consumo de drogas por vía intravenosa es muy reducido en comparación con otros tipos de usos (y en tal caso lo que se presenta es el consumo de cocaína inyectable) ya que la heroína es una sustancia no comercializada en nuestro mercado de drogas.

Pero la Reducción de daños abarca también la educación e información, por una parte de los usuarios sobre los riesgos y formas seguras de prácticas de uso de sustancias y por otro la comunidad en general para evitar la marginación y exclusión de las personas consumidoras y su consiguiente distanciamiento del sistema de salud que también tiende a excluirlos.

Claro está que la reducción de daños ha tomado mayor fuerza en la última década, a raíz de la transmisión de VIH, ya que el uso de drogas es una de las conductas de riesgo más frecuentemente asociada al contagio de este virus. Por lo tanto, el SIDA ha sido un catalizador para el crecimiento de la popularidad de la reducción de daños.

III.2 Reducción de riesgos y daños: ¿Nuevas miradas para un tema de siempre?

Tan antiguo como el uso de drogas es el intento de las personas y las sociedades humanas en su conjunto de potenciar al máximo los beneficios de su uso y simultáneamente reducir las posibilidades de experimentar efectos no deseados.

Las políticas de reducción de daños como conjunto sistemático de políticas públicas nacieron principalmente a comienzos de los años 80 en Holanda y en los Países Bajos (como ya vimos) para prevenir la difusión del HIV entre los usuarios de drogas por la vía intravenosa. Pero en realidad la reducción de riesgos y daños como conjunto de prácticas que los seres humanos aplican al uso de drogas es tan antiguo como el uso mismo de drogas, siempre hay un intento de obtener el máximo beneficio del consumo de sustancias, intentando reducir los riesgos y los daños que puedan causar, siendo este intento inherente a cualquier uso de sustancias.

Las estrategias de la reducción de riesgos son tan antiguas como el uso de drogas, es por eso que el paradigma de reducción de daños debería ser inseparable de cualquier política pública, porque siempre que exista uso de drogas va a haber un intento de la persona de reducir los riesgos y daños vinculados a ese consumo.

Esta perspectiva trabaja fundamentalmente sobre la idea de que las drogas existen, siempre han existido sustancias psicoactivas, todas las culturas las han consumido y no van a desaparecer. Se trabaja desde una perspectiva pragmática, técnica y eficiente sobre la reducción de daños asociados al consumo de drogas.

Lo que se reclama desde este tipo de abordaje es que se trate al usuario de drogas (problemático o no) como un ciudadano 'normal' y responsable de sus comportamientos, evitando así su estigmatización, exclusión y marginación. Las estrategias de reducción de riesgos y daños parten de una premisa de respeto por la decisión que pueda haber tomado una persona de consumir cualquier droga. Se trata de intervenciones centradas en el sujeto, priorizando la disminución de los efectos potencialmente negativos personales y sociales vinculados al uso de drogas, sean estas legales o ilegales.

Desde esta perspectiva se busca desarrollar iniciativas centradas en la promoción integral del sujeto para el cuidado de su salud, de su bienestar general y para el desarrollo de competencias personales tendientes a reducir los posibles efectos negativos asociados al uso de drogas.

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un problema muy importante que afecta tanto, al individuo que consume (de forma problemática), a su entorno inmediato, así como a la sociedad en su conjunto, generando una preocupación en lo que refiere a la salud pública de una sociedad.

Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia; es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de conocimiento o experiencia del usuario, su motivación, etc. y las propiedades específicas de cada sustancia, así como la influencia de los elementos adulterantes. Es preciso distinguir

que no todas las sustancias producen los mismos efectos. En cuanto a las drogas psicoactivas, todas tienen un elemento común: es que actúan en el organismo alterando el sistema nervioso central (SNC), la estructura más importante que tiene el ser humano. Existen sustancias tanto lícitas como ilícitas y en su conjunto se encuentran algunas que deprimen el SNC, otras que lo estimulan y otras que lo alteran provocando alucinaciones²⁵.

Dos términos utilizados frecuentemente como sinónimos de reducción de daños son “reducción de riesgos” y “minimización de riesgos”. Otros términos ocasionalmente utilizados en conjunción con reducción de daños son “uso responsable de drogas”, “prevención de problemas”, “prevención secundaria” y “control de riesgos” (Inchaurreaga, 2001).

Actualmente no hay acuerdo en la literatura sobre adicciones ni entre los profesionales como para dar una definición de reducción de daños. Una definición de trabajo es: “...un intento por mejorar las consecuencias adversas sobre la salud, lo social, o económico de las sustancias que alteran el estado de ánimo sin requerir necesariamente la reducción del consumo de tales sustancias” (Heather, Wodak, Nademan y O’Hare, 1993).

La definición de reducción de daños se volvió un tema de discusión debido a la naturaleza extranjera del término, sus múltiples significados, y la oscuridad conceptual del área en general. (Inchaurreaga, 2001).

La reducción de daños puede ser vista como un objetivo (la reducción de múltiples daños asociados con el uso de drogas) y como una estrategia (un abordaje específico que hace hincapié en las consecuencias negativas del uso de drogas). Los abordajes de reducción de daños son aquellos que buscan reducir las consecuencias negativas del uso de drogas para el individuo, la comunidad y la sociedad, permitiendo que la persona mientras tanto pueda elegir continuar utilizando drogas.

Esto no significa que los abordajes de reducción de daños eviten la abstinencia, sino solamente una aceptación del hecho de que existen varios abordajes o estrategias posibles que pueden utilizarse para dirigirse a los problemas relacionados con las drogas, siendo la reducción de daños y la abstinencia dos de aquellas. De esta manera, las estrategias de reducción de riesgos y daños aplicadas al tema drogas pueden definirse como: “el conjunto de medidas educativas y sociosanitarias individuales y colectivas, dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas” (Minno, 2003). La reducción de daños es

²⁵Ver anexo II

una política o programa dirigido hacia la disminución de las consecuencias sanitarias, sociales y económicas adversas del uso de drogas, mientras el usuario continúa utilizando drogas. (Inchaurreaga, 2001).

Debemos recordar que riesgo es la probabilidad que tiene una conducta, en este caso usar drogas, de causar alguna consecuencia negativa o daño para la persona o su entorno. Siguiendo a Forselledo (2008), es la probabilidad de que determinado fenómeno indeseable le ocurra a un individuo o grupo de individuos en un futuro. De esta manera se identifica como factor de riesgo cualquier evento, sea de naturaleza física, química, biológica, psicológica, social, económica y cultural, que al presentarse modifique e incremente la probabilidad de que el fenómeno indeseable aparezca.

Por otra parte Vecinday, L (2005:143) plantea:

“La evaluación del riesgo trasciende el campo estricto de la epidemiología para constituirse en un enfoque configurador de la intervención social en otras áreas. El riesgo es definido como la probabilidad de sufrir un daño. No es un atributo constitutivo de individuos y cosas, sino que es una construcción mental, es una abstracción de un observador; es un modelo relacional de variables. De esta forma, en tanto constituye una construcción mental, todo y nada puede ser riesgo dependiendo de la perspectiva atribuible al observador...”

El abordaje de reducción de riesgos y daños asociado al consumo de drogas intenta identificar, medir y principalmente disminuir las consecuencias adversas a su consumo en varios niveles. Los términos daño y beneficio son utilizados para describir cuando una consecuencia particular es visualizada como positiva o negativa. Pero para esta autora, *“el riesgo entendido como construcción cultural y como elecciones en el diseño de un estilo de vida individual, presupone la posibilidad de control y manipulación de carácter moralizante al comprender al riesgo como algo contingente”*. (Vecinday, 2005:145).

Este modelo centra su atención en el vínculo que tiene el individuo con la droga, para determinar si ese vínculo es o no de dependencia. En este caso, la adicción sería un síntoma individual, considerando que el adicto es un enfermo, pero con la diferencia que la adicción no es una enfermedad. La enfermedad está en una situación estructurada y encubierta por el consumo de drogas, generalmente en la familia o grupos de pertenencia. Como punto de partida de tales políticas, el país ha realizado estudios epidemiológicos sobre consumo de drogas y el estudio de los denominados “Factores de Riesgo y Protectores”. Estas investigaciones, orientadas al estudio de la magnitud y formas de consumo, se centran en la comprensión del consumo a partir de la caracterización de los rasgos del individuo y de su medio ambiente, los cuales se

consideran explicativos o asociados a los sujetos que presentan la conducta del consumo.²⁶

Se considera de gran importancia la incidencia de enfermedades asociadas al consumo de drogas, ya que el uso de las mismas vía intravenosa requiere especial atención debido a la diseminación que configuran virus como el VIH, hepatitis B y C. En Uruguay el contagio de VIH entre usuarios de drogas inyectables representa un elevado índice que alcanza el 23% de los afectados²⁷.

Por tanto, el objetivo fundamental desde la JND es desarrollar las estrategias de reducción de riesgos y daños como una metodología válida para la implementación de políticas públicas en la temática del consumo de drogas. Esta postura es adoptada por el Estado, desde el período de gobierno anterior, por parte de la dirección de la JND. Los programas de reducción de daños deben ser implementados en distintos niveles y de acuerdo a la situación del país, utilizando las redes comunitarias y promoviendo ciudadanía responsable.

Las organizaciones que trabajan desde esta perspectiva, sostienen que uno de los principales problemas que se presenta a la hora de intervenir en la temática, es el abordaje que se manifiesta y expresa en la perspectiva moral con la que se ve al tema desde las comunidades terapéuticas, por ejemplo, relegando a un segundo plano la rigurosidad técnica y científica con que se debe pensar y abordar el trabajo con usuarios de drogas.

La perspectiva anti-moralista adoptada por quienes trabajan desde el paradigma de la reducción de daños transversaliza todo su accionar, pudiéndose observar fundamentalmente en las intervenciones con los usuarios. En los casos en que se trabaja con usuarios de drogas cuyo consumo es problemático, se reclama una rigurosidad y un profesionalismo técnico para poder garantizarles una salud integral que no puede ser asegurada desde cualquier tipo de abordaje.

III.3 “Consumo Cuidado”: Programa de Reducción de Riesgos y Daños

“Consumo cuidado” es un programa que surge en el año 2003 a iniciativa de la ONG El Abrojo, desarrollando un trabajo con liceos en Pinar y Pinar Norte, con un trabajo de sensibilización mediante el reparto de folletos. En diciembre de 2003 la JND participa en la “fiesta X” en las canteras del Parque Rodó, junto con la IMM tomando mucho más fuerza en el año 2005 cuando se suma la Secretaría de la juventud de la

²⁶ Material extraído de “El equilibrista” Guía para el trabajo con adolescentes en prevención del uso problemático de drogas. Tomo 1.

²⁷ Información extraída de: SIDA Y DROGAS. Investigación y dilemas para la construcción de la agenda pública.

IMM, la JND y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República como socios, cada uno con sus propias responsabilidades en este programa. De esta forma, el programa se basa en la coordinación de estas cuatro instituciones.

Es un proyecto de intervención itinerante en la temática del uso de drogas. Tiene como principal objetivo promover una cultura del consumo cuidado en los lugares destinados al disfrute del tiempo libre, a través del desarrollo de intervenciones socio educativas y socio sanitarias en estos espacios y en la sociedad toda.

Específicamente la tarea es aportar información a la población sobre una modalidad de consumo responsable y saludable, dando a conocer los posibles riesgos y daños que puedan ocasionar el consumo abusivo, no controlado, dependiente y no informado acerca de las drogas.²⁸

Consumo cuidado tiene dos líneas de intervención principales: por un lado en eventos y espectáculos públicos y por otro mediante una línea artística. La primera línea de acción se desarrolla a través de dos componentes, uno socio educativo brindando información a través por ejemplo de folletos y otro socio sanitario atendiendo las emergencias que se puedan suscitar ahí, como por ejemplo una intoxicación con alcohol o una sobredosis de cocaína. La segunda línea de acción que se está desarrollando ahora con más fuerza, desde una perspectiva de reducción de riesgos a partir de diferentes discursos artísticos, que apunta a llamar a diferentes disciplinas artísticas por ejemplo avisos radiales, afiches, teatro, monólogos, comics, cortos, audiovisuales, etc. aportando desde el arte una sensibilidad diferente, un mensaje de promoción de salud que salga un poco de la cabeza de las disciplinas más científicas que son las que vienen trabajando principalmente en el programa, es decir un aporte distinto que pueda contribuir a transmitir un mensaje creíble, humano y no moralizante.

Esta política trabaja desde la perspectiva de los Derechos Humanos, enmarcado en una postura de pluralismo ético, lo cual implica un posicionamiento racional, pragmático y no moralizador en relación a la temática del consumo. Uno de los integrantes del programa, desde la ONG El Abrojo realiza el siguiente aporte:

“Este programa tiene un abordaje técnico del tema, no un abordaje moral y como técnicos no está en nuestro campo de conocimiento ni en nuestra intención de intervención dar cátedra acerca de cómo se debe comportar la persona. Nosotros con el paradigma clásico de “dile no a las drogas” no tenemos absolutamente nada que ver porque ese es un paradigma de educación moral por decirlo de alguna manera, estamos totalmente en la antítesis de ese paradigma. Si estamos muy a fin con visiones que empoderen a la persona que apunta a fortalecer a la persona para que tome las mejores decisiones, en este sentido el paradigma holandés es un

²⁸Material extraído de “problema drogas: compromiso de todos” 2005- 2007.

*paradigma mucho más humanizante del uso de las drogas, mucho más respetuoso de las decisiones individuales y es un paradigma que sin duda tiene mucho más que ver con lo que hacemos nosotros que el mensaje que apunta a la prevención del uso. El uso en realidad no tiene ningún sentido prevenirlo porque primero es imposible y segundo porque no sirve, porque el uso no es problemático, lo que es problemático son algunos tipos de usos, entonces trabajar para la prevención del uso es un sin sentido desde el punto de vista técnico... nosotros no estamos ni ahí con esa perspectiva.*²⁹

Por lo tanto, la intencionalidad desde la educación social, es promover el desarrollo de habilidades sociales como el pensamiento crítico, la toma de decisiones y el auto cuidado.

El programa se propone como principal objetivo sensibilizar a la población acerca de que es posible desarrollar vínculos con las sustancias no problemáticas, de que las sustancias no son un problema en sí mismo, sino que el problema puede estar en el vínculo que las personas establecemos con las sustancias y aportar elementos para construir políticas de drogas más humanas, más comprensivas de lo que son los riesgos y los beneficios que también las drogas tienen, políticas que sean más inclusivas y menos estigmatizantes.

Consumo Cuidado se propone aportar a la construcción de políticas más humanas, eficientes, creíbles por los jóvenes y adolescentes, que no apunten a un deber ser moral, sino a explicitar cuales son los problemas, los riesgos, estableciendo algunas medidas para que las personas que decidan consumir puedan cuidarse mejor. Todo esto desde una perspectiva técnica, de promoción de salud, de no moralizar el consumo ni tampoco al usuario, sino de aportar herramientas para que las personas se pueda cuidar mejor.

Programa que apunta a disminuir aquellos daños sociales y subjetivos como el miedo, la estigmatización y la desinformación, costos que traen aparejados el modelo abstencionista y prohibicionista. *“El programa consumo cuidado intenta dar respuesta a una cosificación de que las drogas tienen simultáneamente beneficios y riesgos y a poder dar herramientas cognitivas, actitudinales, herramientas prácticas de comportamiento, para que un sujeto pueda decidir, elegir conociendo los efectos de las sustancias y hacerse cargo de las consecuencias de sus decisiones. Apuesta a crear sujetos lo más libres posibles, capaz de elegir con el mayor nivel de conciencia posible, que se hagan cargo de sus decisiones y que tengan el poder ellos mismos*

²⁹Palabras extraídas de la entrevista realizada a integrante del programa “Consumo Cuidado” de la ONG “El Abrojo” para la realización de este documento.

*que no pongan el poder afuera. Es un programa de promoción del poder personal, que intenta quitarle el poder que normalmente le damos como sociedad a la sustancia.*³⁰

Los esfuerzos de este programa se centran fundamentalmente en adolescentes, jóvenes y jóvenes adultos, a través de las intervenciones en recitales y de la población artística que se suma a este emprendimiento, centros juveniles, instituciones educativas, centros comunitarios, los centros MEC del interior.

La política de reducción de daños es una estrategia creíble para la población destinataria, ya que en primer lugar tiene que lograr ser creíble, sino no es productiva, y en segundo lugar, además de ser creíble es una perspectiva que se posiciona desde el respeto de los derechos humanos, donde la decisión de consumir una droga siempre es una elección personal y esa es la premisa de la cual parte este programa, para el desarrollo de la prevención y el fortalecimiento de la persona para que pueda gestionar de manera eficiente los riesgos.

Se trabaja desde el paradigma de educación en la gestión en los daños y riesgos, y este debería ser el modelo que acompañe a todas las políticas públicas de tratamiento, represión, no sólo de educación, también las políticas de reducción de la oferta deberían accionar desde la perspectiva de la reducción de riesgos.

³⁰Palabras extraídas de la entrevista a integrante de la ONG El Abrojo para la realización de este documento.

Consideraciones finales

La monografía estuvo orientada a indagar el problema del consumo de drogas en Uruguay, centrándose en las concepciones que presentan los actores políticos e institucionales responsables del diseño e implementación de las políticas públicas en la materia y en el análisis de la incorporación de la estrategia de reducción de daños.

A partir de la información recabada a lo largo de todo el proceso de construcción de este trabajo, tanto en las entrevistas realizadas a los diversos actores implicados en el tema como en la bibliografía consultada, se ha podido constatar que desde la JND el tema es concebido desde la complejidad cuyo abordaje se centra en la estrategia de integralidad.

El consumo de drogas como problema social constituye una complejidad que implica la articulación de diversos factores en lo que refiere a lo social, cultural, económico y educativo, trascendiendo de esta forma el aspecto sanitario y de seguridad pública. El abordaje socio político de esta problemática comprende la articulación de varios organismos estatales, que se nuclean en la JND donde participan y proponen al Poder Ejecutivo las políticas para dar respuesta a los problemas que se entiende generados por el consumo problemático de drogas.

En lo que refiere a la construcción de políticas públicas en el tema drogas, encontramos que existe un interés político en el abordaje del tema, su colocación en la agenda pública da cuenta de ello mostrando la preocupación que desde el Estado se le otorga al tema, incorporando el Plan Nacional como instrumento que resume las políticas nacionales y define prioridades en su implementación.

Con la colocación del tema en la agenda pública adquiere mayor relevancia y visibilidad, provocando un estado de alarma pública que exige y demanda respuestas inmediatas por parte de la sociedad.

Los nuevos dispositivos de intervención social en el tema constituyen otro factor que refleja el interés en el tema por parte del gobierno que asume en el año 2005. Se han creado determinados mecanismos que intentan dar respuesta a la demanda como la creación de la primer Red de Asistencia en Drogas: Portal Amarillo y el programa "Consumo Cuidado" tendiente a la reducción de daños.

La incorporación de programas tendiente a la reducción de la demanda, como ser "Consumo Cuidado", refleja el interés por lograr efectivizar políticas integrales que apunten a construir otras perspectivas que oficien de alternativa a las políticas planteadas desde la guerra a las drogas.

El programa "Consumo Cuidado" promueve una cultura de consumo cuidado a través del desarrollo de intervenciones socio educativas y socio sanitarias en la

sociedad. Se considera que el principal elemento emergente de esta propuesta es la consideración de los derechos de los consumidores, ya que los usuarios de drogas son ante todo ciudadanos y por tanto personas plenas de derechos.

Desde la aproximación que se ha realizado a la temática planteada hemos podido apreciar que la normativa vigente en Uruguay que regula en materia de drogas es prohibicionista en lo que tiene que ver con el uso, la producción y fundamentalmente el tráfico. De acuerdo a esta legislación, las estrategias diseñadas se centran en el control de la oferta: la posibilidad de acceso a las sustancias y represión del narcotráfico, contando con mucho apoyo ya que la mayor parte de los recursos se destinan a esta política.

Como se ha podido observar la Junta Nacional de Drogas es un organismo estatal cuya principal función es la de integración y articulación de los diversos ministerios, cada uno de los cuales actúa con responsabilidades y acciones concretas. El Ministerio del Interior representa un órgano de represión, actuando en lo que tiene que ver con el control del tráfico de drogas. Mientras que el Ministerio de Salud Pública por su parte, a través de ASSE comprende todo lo que tiene que ver con la asistencia y tratamiento.

Se considera que desde el gobierno se viene realizando un gran esfuerzo en tratar de elaborar políticas y estrategias integrales mediante la incorporación de programas y propuestas tendientes a la reducción de la demanda, pero los procesos son lentos y las políticas actuales cuentan con mucho apoyo en lo represivo, en el control de la oferta y en el aspecto médico sanitario del fenómeno centrándose en estos dos ministerios, mientras que en lo que tiene que ver con el control de la demanda, donde se inscriben programas que van desde la prevención primaria (lo que se denomina primer nivel de atención) hasta la asistencia, rehabilitación y reducción de daños falta mucho camino por recorrer.

Desde las concepciones y discursos políticos analizados en este trabajo es posible apreciar el abordaje del tema desde una perspectiva de integralidad que apela a una mayor incorporación de programas de investigación, educación, prevención, intervención y tratamiento al usuario, como conjunto de políticas que permita la aprehensión multidimensional del fenómeno destinando mayor cantidad de recursos.

Se considera que para transformar la realidad es preciso conocerla pero fundamentalmente reconocerla. La JND tiene la visión de que el tema constituye un "lado oscuro" de la sociedad que se pretende modificar, el mismo representa un mecanismo de negación y defensa que a los individuos y a la sociedad le cuesta mucho aceptar y asumir como problema, ya que genera mucho miedo y dolor.

El tema drogas constituye una problemática que se inserta en los procesos de deterioro que vive la sociedad en la actualidad. Se considera preciso, realizar abordajes desde las políticas pero también desde la comunidad, ya que el consumo problemático de drogas representa uno más de los problemas que la sociedad presenta.

Se considera el abordaje y la intervención desde lo comunitario apoyando los procesos de construcción y búsqueda de soluciones, esto implica el trabajo en red y no superponiendo acciones que desestimen las intervenciones sociales, de esta manera aumenta la posibilidad de lograr resultados esperados de lo contrario se agotan y desgastan los recursos humanos y económicos disponibles.

No se ha pretendido en la realización de esta monografía proporcionarle al fenómeno una connotación apologizante de las sustancias, pero tampoco "satanizarlas" sino de despojar al objeto de sí mismo, desde una perspectiva crítica que permita descentrar el eje de las sustancias para ubicarlo en los sujetos y sus circunstancias.

Se plantea un abordaje del tema desde una perspectiva de derechos humanos ya que lo que está en juego es la vida de las personas que se encuentran en una determinada situación de consumo. La estrategia de reducción de daños como un modo de aproximarse a la defensa de los derechos de las personas que usan drogas, reivindicando su condición de ciudadanos.

Esta forma de abordaje en el consumo de drogas, viene siendo planteada como alternativa desde el período de gobierno anterior, siendo impulsada con mayor fuerza y difusión con el gobierno que asume en el año 2005, procurando desarrollar políticas que logren sostenibilidad en el tiempo.

De esta manera se plantea un gran desafío, el cual implica la posibilidad de intervenciones desde los ámbitos involucrados, que permitan superar obstáculos, conociendo los intereses políticos, económicos e ideológicos que conforman el campo de agentes que interactúan en él.



Referencias bibliográficas

Bayce, Rafael (1990) *Drogas, prensa escrita y opinión pública*, Montevideo Uruguay FCU.

Bayce, Rafael (1997) "El estigma de la droga: particularidades y rasgos comunes en el caso uruguayo" en Hopenhayn Martín (comp) *La grieta de las drogas*, Santiago de Chile CEPAL.

Brandao, Helena (2004) *Introdução a análise do discurso*, Sao Paulo, Unicamp Campinas.

Carro, Silvina; Rossi, Diana y Touzé, Graciela (1997). *Uso de drogas: prácticas profesionales cuestionadas*. Buenos Aires s/d.

Conrad, Peter (1982) "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social" en *Psiquiatría crítica La política de la salud mental*, Barcelona, Crítica.

Del Olmo, Rosa (1992) *¿Prohibir o domesticar? Políticas de drogas en América Latina*, Caracas Venezuela, Sociedad.

Eira, Gabriel; García Puster Cristina (1998) "La búsqueda del sentido en relación al consumo" en *Problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas*. Montevideo-Uruguay, Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Universidad de la República y Servicio Central de Bienestar Universitario.

Escohotado, Antonio (1996) *Historia elemental de las drogas*, Barcelona Anagrama.

Fernández Romar, Juan (2000) *Los Fármacos malditos*, Montevideo, Nordan.

Forselledo, Daniel (2008) "Factores de riesgo y consumo de drogas" en *Cultura de las Drogas, Medicina y Salud, Para los Profesionales de la Salud*, Uruguay s/d.

Foucault, Michel (1974) "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina" en *Conferencia dictada en el curso de medicina social*. Río de Janeiro, Instituto de medicina social.

Foucault, Michel (1976) *Historia de la sexualidad, tomo 1 la voluntad del saber*, Buenos Aires, Siglo XXI.

Gallinal, Roberto. (s/d) *Una aproximación al consumo de drogas en el Uruguay de hoy*. Montevideo (s/d).

Giménez, Luis (1996) *La problemática del uso de drogas desde una mirada comunitaria*. Montevideo s/d.

Latorre, Laura (2004) "Pasta base: ¿emergencia de un nuevo consumo?" en *no te enganches con la lata*, JND, Montevideo Uruguay.

Menéndez, E (1984) *Relaciones sociales de cultura y control*. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico. Revista Paraguaya de Sociología.

Mitjavila, Myriam (1998) *El saber médico y la medicalización del espacio social*, UdelaR FCS Departamento de Sociología, Montevideo Uruguay.

Montañes, Manuel (1992) "Las drogas como concepto social" en Álvarez-Uria *Marginación e inserción*, Madrid, Endimión.

Oriol, Romani (1992) "Marginación y drogodependencia. Reflexiones en torno a un caso de investigación intervención" en Álvarez-Uria *Marginación e inserción*, Madrid, Endimión.

Osimani, M. Luz (2004) "Presentación" en: *No te enganches con la lata* JND, Montevideo, Uruguay.

Osimani, M; Scarlatta, L (2001) *SIDA y DROGAS investigación y dilemas para la construcción de la agenda pública*, Montevideo, IDES.

Restrepo, Luis (2001) *La fruta prohibida: La droga como espejo de la cultura*. Uruguay, Doble Clic.

Riley, Dianne (2001) "Reducción de daños. Historia, definición y práctica" en: Inchaurrega, Silvia (comp) *Drogas y Políticas Públicas el modelo de reducción de daños*, Buenos Aires, Espacio.

Sepúlveda, Mauricio (1997) "El silencio de los angustiados. Contextos discursivos en el consumo de pasta base" en Hopenhayn, Martín (comp) *La grieta de las drogas: desintegración social y políticas públicas en América Latina*, Chile, CEPAL.

Tamayo Sáez, Manuel (1997) *El análisis de las Políticas Públicas*. Madrid, (s/d).

Uprimny, Rodrigo (1997) "¿Qué hacer con las drogas? Políticas Vigentes y políticas emergentes" en Hopenhayn, Martín (comp) *La grieta de las drogas: desintegración social y políticas públicas en América Latina*, Chile CEPAL.

Valles, M. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, (s/d).

Vecinday, Laura. (2005) "El papel de la evaluación del riesgo para las políticas de inserción social focalizada" en: Serviço Social & Sociedade. Temas em debate, Brasil, Cortez.

Fuentes documentales y artículos digitales

Junta Nacional de Drogas (2007). "Plan de trabajo 2007. Disponible en: www.infodrogas.gub.uy

Junta Nacional de Drogas (2007). Drogas: más información menos riesgos. Montevideo, Uruguay.

Junta Nacional de Drogas, Universidad de la República (2007). Problema drogas: Sociedad, Estado y Democracia. Montevideo, Uruguay.

Junta Nacional de Drogas, Secretaría Nacional de Drogas (2007). Problema drogas: compromiso de todos. Montevideo, Uruguay.

Lista de siglas

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

JND: Junta Nacional de Drogas

ODU: Observatorio Uruguayo de Drogas

OMS: Organización Mundial de la Salud

SNC: Sistema Nervioso Central

SND: Secretaría Nacional de Drogas

UDI: Uso de Drogas Inyectables

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana