

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

Las políticas públicas de drogas en la actualidad.
Del paradigma de la enfermedad al paradigma del
aprendizaje social

Marcela Teixeira Ferreira
Tutor: Alejandro Mariatti

2018

“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”.

(Romani, Oriol in Touzé; 2006:24)

Indice

1-Introducción.....	1
2-Presentacion del tema de estudio.....	3
2.1- Preguntas de investigación.....	4
2.2- Objetivo general.....	4
2-3- Objetivos específicos.....	4
3-Metodología.....	5
4- Capitulo 1: Caracterización histórica del vínculo entre el ser humano y las drogas	6
4.1- ¿Qué son las drogas?	9
5-Capítulo 2: Paradigmas sobre el consumo de drogas.....	14
5.1- Paradigma ético jurídico.....	15
5.2- Paradigma de la enfermedad.....	16
5.3- Paradigma del Aprendizaje Social.....	20
6- Capítulo 3: La estrategia de Reducción de Riesgos y Daños.....	24
6.1- Marco Normativo.....	24
6.2- Políticas de drogas: Del prohibicionismo a la estrategia de reducción de riesgos y daños.....	27
6.3- Políticas de reducción de riesgos y daños en Uruguay	36
Reflexiones Finales	41
Bibliografía.....	43
Anexos.....	

1-Introducción:

El presente trabajo se enmarca en la realización de la monografía final de grado de la licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

La presente monografía pretende analizar qué políticas de drogas se implementan actualmente en Uruguay, identificándose el año 2005 como el punto más grueso en el proceso de cambio en las respuestas brindadas por el Estado a la problemática de drogas.

Hablar de las drogas no es tema fácil. Una palabra que engloba muchos prejuicios, tabúes, despierta odio y miedo en la sociedad. Lo cubre un velo de información errada, prejuicios morales, datos falsos, sensacionalistas que asocian las drogas con lo desconocido y lo prohibido, el imaginario social y colectivo que rodea a las drogas y sus consumidores se construye desde el desconocimiento y la estigmatización, haciéndose parte de lo no dicho, aquellos temas que se vuelven tabúes en la sociedad. Desde que se comenzó a producir en masa, las drogas ha sido un tema prohibido socialmente, en los ámbitos educativos no se impartía información más que folletos con “*Diles NO a las drogas*” o “*Las Drogas matan*” acompañados de imágenes y vídeos con personas comunes que bastaba con probar una vez cualquier sustancia para volverse un adicto sin control de su ser, que terminaba en situación de calle perdiendo todos sus vínculos familiares y sociales por culpa de las drogas. La información que circulaba era desde una concepción moralizante y absolutista. Brindar información sobre el consumo responsable se consideraba fomentar el consumo de sustancias psicoactivas por lo tanto debía ser restringida y moderada.

Contextualizar el consumo problemático de drogas en Uruguay es un elemento fundamental como punto de partida para entender la problemática desde una perspectiva de multicausalidad de factores complejos, con tensiones, contradicciones e intereses socio políticos y económicos. Se realizará una aproximación a la historia de las drogas y cuáles han sido los principales factores que conllevaron a diseñar las políticas de drogas profundizándose en los paradigmas que sustentan su accionar. Para explicar las transformaciones en las políticas públicas de Uruguay en materia de drogas se abordará las actuales estrategias de prevención en la gestión de riesgos y daños.

Es así que, a modo de conclusión el presente trabajo se desarrolla en tres capítulos. El primer capítulo presenta una aproximación al mundo de las drogas, sus concepciones, características y devenir histórico. Un segundo capítulo aborda los diferentes paradigmas sobre el cual se sustentan las políticas de drogas. Y por último el capítulo tres desarrolla el marco normativo vigente en Uruguay y la creación de la Junta Nacional de Drogas y la implementación de las políticas públicas, realizando un análisis del pasaje del prohibicionismo a la estrategia de reducción de riesgos y daños.

2-Presentación:

El ser humano ha conocido el uso de drogas desde el inicio de los tiempos. Ha utilizado dichas sustancias para distintos fines -rituales, medicinales y meramente festivos-, dependiendo del contexto socio-cultural en el cual se encuentra inserto.

Este uso problemático de las drogas no reconoce la barrera entre aquellas comúnmente denominadas “prohibidas” y las que no lo son. En ese sentido, puede ser tan problemático el consumo de marihuana, cocaína y drogas sintéticas como el del alcohol, el tabaco y los benzodiacepinas.

El consumo de drogas es actualmente un problema social relevante y es por ello que, tanto desde el ámbito público como el privado, se han ido generando respuestas para la prevención, reducción del daño como así también para el tratamiento y rehabilitación de los sujetos con conductas de consumo problemático. Esto implica la necesidad constante de incorporar conocimiento técnico sobre el tema que permita profundizar su entendimiento para la eficaz implementación de políticas públicas de drogas basadas en evidencia científica y no en concepciones moralizadoras y absolutistas.

A lo largo de los años se ha constatado a través de innumerable evidencia científica tanto a nivel internacional como nacional, que la sola transmisión de información, que las campañas basadas en los peligros de las mismas o en la “demonización” de las drogas, no generan por sí mismas los resultados esperados a nivel de reducción de la demanda, si no se considera y engloba los factores sociales, económicos, culturales o del universo de significaciones que se ponen en juego en la complejidad que es la trama del fenómeno de las drogas.

Es necesario relevar las evidencias aportadas en cuanto al fracaso del prohibicionismo como paradigma totalizador y la prevención primaria¹ como único mecanismo viable de prevención. Ello lejos de generar menos consumo por el contrario criminaliza y estigmatiza la población que hace uso de las mismas. Muchos países todavía reaccionan ante las personas dependientes de drogas con castigo y estigmatización. La dependencia a las drogas pensada como una compleja afección de salud tiene una combinación de causas sociales, psicológicas y físicas, incluyendo, por ejemplo, duras

¹ Prevención primaria, en medicina se aplica para eliminar los factores que pueden causar enfermedades o lesiones antes de que se produzca la enfermedad.

condiciones de vida, historias de traumas personales o problemas emocionales, entre otros. Tratar de manejar esta compleja afección mediante el castigo es ineficaz. Sin embargo, se puede lograr un éxito mayor proporcionando una gama de servicios de tratamientos de drogas basados en la evidencia. En Uruguay hoy en día, las políticas de drogas se focalizan en un componente integral y multidisciplinario, con fuerte relevancia en las dimensiones sociales, culturales y psicológicas que componen a la temática.

A continuación, se describirán las preguntas y objetivos que guían la presente monografía.

2.1-Preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles han sido los efectos positivos y los efectos negativos más importantes de los paradigmas “de la enfermedad” y del “aprendizaje social”?
2. ¿Cuáles han sido los factores que fomentaron la reconceptualización de un cambio de paradigma en materia de políticas de drogas en Uruguay?

2.2-Objetivo general

Analizar el pasaje de las políticas públicas de Uruguay sobre Drogas desde el paradigma de la enfermedad hacia el paradigma del aprendizaje social, implementado en Uruguay en la última década.

2.3-Objetivos específicos

- Profundizar sobre los distintos paradigmas (paradigma de la enfermedad y paradigma del aprendizaje social), sus principios básicos e implicancias prácticas.
- Analizar cuáles han sido los principales factores que conllevaron al cambio de políticas públicas de drogas basadas del prohibicionismo a la estrategia de gestión de riesgos y daños en Uruguay.
- Analizar las estrategias de prevención *Eventos Cuidados* y *Verano Querido* y cómo se implementan para su abordaje.

3- Metodología

El presente trabajo se inscribe en el marco de la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Se propone analizar en la misma las políticas implementadas en materia de drogas en Uruguay; identificándose un cambio en la concepción, diseño e implementación de las mismas a partir del año 2005 con el cambio de gobierno. Resulta de interés conocer las respuestas brindadas desde el Estado, así como también cómo y de qué manera se ha intervenido y se interviene actualmente.

Considerando la importancia social que posee el fenómeno del mundo de las drogas y la necesidad de abordarlo desde las Ciencias Sociales y el Trabajo Social es que la presente monografía intenta estudiar las políticas públicas y las diferentes concepciones y paradigmas que sustentan su diseño. Se propone ahondar en la estrategia de reducción de riesgos y daños y el paradigma del aprendizaje social como principios y dimensiones en las cuales se sustentan las políticas públicas en la temática del consumo de drogas en Uruguay actual.

El presente trabajo se basa en una revisión bibliográfica mediante un análisis de documentación, entendiéndose por el mismo como “ *una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados..., u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, videos (...)* El análisis de contenido se basa en la lectura (textual o visual) como instrumento de recogida de información, lectura sistemática, objetiva, replicable, y válida”. (Abela, J; 2002, 2).

Para ello se utilizaron fuentes documentales, declaraciones de prensa, datos estadísticos recabados en el informe de investigación de la “VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2016” con la finalidad de profundizar y comprender la complejidad de la situación del consumo de drogas en Uruguay.

Este estudio no pretende ser una investigación social sobre el tema, sino una aproximación al problema de carácter exploratorio, a fin de poder aportar elementos que permitan comprender y analizar dicha temática.

4- Capítulo 1: Caracterización histórica del vínculo entre el ser humano y las drogas

Las drogas siempre han existido. En diversas culturas se utilizaban drogas enteógenas² como herramientas para alterar la percepción y expansión de la mente a través de experiencias psicodélicas, para la cura de enfermedades y como parte de rituales de iniciación adulta y formas de búsqueda de la esencia divina y de uno mismo.

Hasta el siglo XIX las drogas eran utilizadas tanto para fines religiosos y terapéuticos como recreativos. Desde una perspectiva antropológica, las drogas no se remiten específicamente a las sociedades modernas. El consumo de las mismas no es un invento de estas últimas, sino que, a lo largo de toda la historia, se han consumido sustancias psicoactivas por diversos motivos, ya sea por razones mágicas, mejorar el rendimiento físico a través de la fuerza y la resistencia, afinar los sentidos o transportar a otra realidad.

Escohotado (1998) realiza un exhaustivo análisis en su libro “*La historia general de las drogas*”, en el cual expone por ejemplo cómo la planta de coca era la sustancia privilegiada de la oligarquía incaica por lo que pocas personas podían acceder a ella con libertad; su derecho se reservaba para estamentos de la sociedad privilegiada, los soldados y mensajeros. La hoja de coca en las sociedades andinas prehispánicas era considerada un componente central en los rituales por sus propiedades estimulantes. Al poseer propiedades energizantes, los mensajeros comían las hojas de coca para poder realizar grandes recorridos de pueblos a otros cercanos, suprimiendo el apetito, reduciendo la fatiga además de proporcionarles una sensación de vigilia incrementada. Estas habilidades eran cruciales ya que acortaba los tiempos de espera, siendo una gran herramienta en las épocas de confrontamientos entre pueblos.

Los grandes conflictos políticos, diplomáticos y militares propician la difusión de las drogas. Por ejemplo, el uso no médico de la marihuana es introducido en la Europa Occidental por los soldados de Napoleón que regresan de Egipto, donde aquél había prohibido la venta o uso del hachís durante la breve ocupación de 1779 a 1801. Es a partir

² Por drogas enteógenas se entiende toda sustancia vegetal o preparados de sustancias vegetales con propiedades psicotrópicas que al utilizarse producen alteraciones de la conciencia. A modo de ejemplo: ayahuasca, hongos, peyote, entre otras. Se utilizan comúnmente en rituales chamánicos, como parte de rituales de iniciación adulta y formas de búsqueda de esencia divina.

de principios del Siglo XIX que el hachís y el opio aparecen en Occidente. A su vez, la química orgánica progresaba como ciencia, en su aparato teórico y técnicas de análisis, sus conocimientos y los mercados que logra volviéndose así una industria dinámica e innovadora impulsándose a través de los intereses de las grandes empresas farmacéuticas y textiles y de la comunidad científica. Los fármacos de la época, que tenían en su composición un alto porcentaje de sustancias naturales y extractos de plantas medicinales, se comercializaban a nivel local, no había producción a gran escala, el conocimiento sobre los compuestos y sus posologías lo poseían unos pocos, con prestigio social como eran los chamanes y boticarios, utilizándolos por decisión de éstos. Se comienza a observar que los productos que poseen sustancias psicoactivas acarrear un número creciente de simpatizantes afines a probar y continuar consumiéndolas, creando así un mercado con grandes potenciales de ser explotado a grandes escalas y con ganancias redituables.

Mientras que en las sociedades pre-capitalistas las drogas era un producto natural cultivado mayoritariamente en el propio medio, distribuido de forma individual a sus beneficiarios; en las sociedades urbano industriales el acceso a las mismas se populariza. Las industrias ven este mercado incipiente, con un potencial extraordinario dado los efectos que generan en las personas y el poder anestésico que puede utilizarse tanto desde el punto de vista médico como social no médico comenzándose a producir y establecer patrocinios para la producción e investigación a grandes escalas utilizando los descubrimientos y avances de la química orgánica y farmacéutica.

Kaplan (1993) plantea que *“Los grandes laboratorios de Alemania y Estados Unidos, con apoyo en los avances generales de la comercialización para mercados de consumo masivo, presentan a los fármacos muy activos como panaceas; mienten frecuentemente al público sobre lo que producen y lo que venden, sobre sus verdaderas características y riesgos”*. (Kaplan, 1993:126)

En Europa se produce un auge y popularidad del consumo de opio, hachís y morfina. La comunidad científica comienza a centrar su interés en las drogas, sus propiedades y formas de uso. Surgen las primeras indicaciones de uso de sustancias psicoactivas por parte de la comunidad científica. En 1856, el norteamericano, Samuel Percy señala las cualidades de la pasta de coca para uso de anestesia bucal. Freud, fomentaba el uso medicinal de la cocaína como tratamiento para la depresión. El uso y apropiación de las drogas se va transformando. El misticismo que rodeaba el consumo de

sustancias psicoactivas se va diluyendo en relación al uso cada vez mayor con fines sociales, recreativos y médicos sin connotaciones mágico-rituales.

Se conjuga la creciente demanda por las drogas con el avance científico y tecnológico. Este momento propició que se unieran las necesidades e intereses de unos con las posibilidades abiertas por otros, dentro de un escenario favorable para que se dieran estos procesos.

Con la Revolución Industrial la relación entre las drogas y los individuos se modifican, cambian las condiciones técnicas y mercantiles, así como las relaciones sociales y culturales. Con respecto a las condiciones técnicas, se produce un desarrollo en la industria química y farmacéutica, los medios de comunicación y transportes como producto de la incorporación de la tecnología. El consumo de sustancias antes naturales se transforma en procesos cada vez más sintéticos. Del opio surge la morfina y posteriormente la heroína; de la hoja de coca se extrae un alcaloide, el clorhidrato de cocaína. Los médicos desempeñan un factor preponderante en esta transformación, comienzan a difundir cada vez más y a gran velocidad las propiedades benéficas de consumir drogas farmacéuticas por encima de remedios naturales o “caseros”. Se recomendaba e indicaba la morfina para los dolores dada sus propiedades anestésicas; la cocaína para la apatía y la depresión por ser estimulante. Las condiciones socioculturales del momento histórico acompañaron dicho proceso de industrialización y desarrollo de las sociedades urbanas.

El valor de uso de las drogas pasa a ser mercantilizado, reduciéndose a un producto de consumo con valor de cambio subordinado a las reglas de la oferta y la demanda que impone el mercado. La venta de extractos de opio y otras sustancias en boticas y farmacias de la época se vuelve más frecuente y a mayor escala. En las sociedades pre-industriales las drogas eran un producto natural, producido a nivel local, con un simbolismo mágico religioso y ceremonial. El surgimiento del capitalismo y los procesos de modernización conllevaron a que estas características se fueran desvaneciendo; en sus componentes prima lo sintético, no formando parte identitaria del entorno sociocultural, su uso no se encuentra dentro de un contexto mágico-ritual y se adquiere en el mercado siendo un producto más de consumo.

Escohotado señala *“Tras milenios de usos festivos, terapéutico y sacramental, los vehículos de ebriedad se convirtieron en una destacada empresa científica, que empezó incomodando a la religión y acabó encolerizando al derecho, mientras comprometía a la economía y tentaba al arte”* (1998:13).

Se comienza a prohibir y estigmatizar el uso de algunas drogas, pero promoviéndose el uso de otras, controladas por relaciones mercantiles o de poder (económico, legal y médico). Esta práctica, socialmente legitimada durante siglos pasa a ser conceptualizada como un desvío, algo nefasto que debe ser penado y removido de las prácticas socioculturales cotidianas debido a la problemática que genera. Se comienza a relacionar las drogas “ilegales” y de uso no médico con el prohibicionismo.

Sintetiza el pasaje en la conceptualización de una práctica que, integrada socialmente durante siglos, pasa a ser definida como un desvío que debe ser controlado. El problema droga se constituyó como tal en la modernidad.

Es en la misma y con el surgimiento del capitalismo que se gesta la problemática de su uso, cuando, por ejemplo, pasan a regirse las leyes de mercado (Giménez, 1998). Se pueden dividir en tres momentos: por un lado, hasta los años sesenta, cuando el uso de drogas se restringía al ámbito privado o pequeñas comunidades con una marginación latente; en los años ochenta hay una difusión masiva: las adicciones pasan a convertirse en un problema de salud pública incluyéndose en el manual de psiquiatría; posteriormente, se consolida el uso de drogas como un problema de seguridad, debido a la expansión del narcotráfico.

4.1 ¿Qué son las drogas?

Se designa la palabra drogas o sustancias psicoactivas a toda sustancia química de origen natural o sintético que una vez que ingresa al organismo puede 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) (Fernández y Lapetina; 2008: 37).

Según la Junta Nacional de Drogas (JND) (2016) de nuestro país, el efecto que producen las drogas en el SNC se puede clasificar en: 1) *Depresoras*: enlentecen el

funcionamiento del SNC, por ejemplo, bebidas alcohólicas, Opiáceos (morfina, heroína) y psicofármacos (pastillas tranquilizantes para la ansiedad y pastillas para dormir). 2) *Estimulantes*: son aquellas sustancias que aceleran el funcionamiento del SNC, por ejemplo, cocaína y derivados (PBC), nicotina, xantinas (cafeína, bebidas cola, bebidas estimulantes mal llamadas “energizantes”, anfetaminas). 3) *Perturbadoras*: generan distorsiones perceptivas y/o alucinaciones. Ej: LSD, hongos psicodélicos, floripón, drogas sintéticas (éxtasis), entre otros.

Las sustancias psicoactivas o drogas (usadas socialmente con fines no médicos) son proclives a generar tolerancia y dependencia tanto física y/o psíquica. Por tolerancia se entiende la adaptación neurofisiológica del organismo a una determinada sustancia psicoactiva, refiere a la forma en que cada organismo se adapta al uso repetido de una determinada sustancia. La tolerancia es algo propio de cada persona y dependerá de diversos factores individuales que van desde el estado de salud como la predisposición genética, el entorno social, entre otros.

La dependencia por otro lado hace referencia a, *“cuando el uso de una sustancia psicoactiva adquiere un lugar central en la vida de la persona, (...) un uso pautado por una fuerte estructuración de la identidad en torno al consumo de la sustancia”*. (Fernández y Lapetina; 2008: 38).

No es posible hablar de “la droga” como un fenómeno único, uniforme y homogéneo. No es “la droga” sino que son “las drogas”; son múltiples sustancias, cada una con sus efectos particulares. Al hablar de las drogas en singular implica no considerar que existen 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.

“Lo determinante no es el producto, sino la relación con el producto y el modo de vida en que se inscribe... (...) Así, existen varios modos de consumo, que comprenden las frecuencias y cantidades, pero también el tipo de compromiso en el uso de la droga definido por un sistema de relaciones, con sus rituales organizados alrededor de la roma del producto” (Castel y Coppel apud Kornblit; 2011: 3)

No se trata de poner el foco en la sustancia consumida, sino en la persona como sujeto de derechos (su historicidad, preferencias, etc.), y el vínculo que se establece con

la sustancia en un lugar y tiempo determinado, es decir contextualizar su consumo. En resumen, existen tres grandes factores o elementos que son necesarios considerar cuando se habla de usos de drogas y sus diferentes tipos; la persona, el contexto y la sustancia psicoactiva.

La persona refiere a las características que posee cada sujeto desde la edad, el sexo, la salud física y mental, la personalidad, el motivo y la experiencia previa. Por otra parte, el contexto refiere al entorno en el que se encuentra esa persona, la familia, el grupo de pares, el barrio, la cultura, la sociedad, el contexto normativo tanto legal como cultural. Mientras que de la sustancia se debe tener en cuenta tanto el tipo de sustancia, el potencial adictógeno, la dosis, la pureza de la sustancia y la vía de administración.

Estos tres elementos deben ser analizados en todo momento ya que son dinámicos y modificables.

El tipo de uso hace referencia a las diversas formas de vincularse con las drogas, desde uso no problemático de drogas hasta uso problemático de drogas. El uso no problemático es *“aquel tipo de consumo de drogas en el que, por su cantidad, su frecuencia, la calidad de la sustancia, o la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias en la persona ni en su entorno”* (JND. 2016:16)

Estos son uso experimental, uso ocasional, uso habitual y uso dependiente. Cualquiera de estos usos puede ser propenso a transformarse en problemático cuando comienzan a afectar las áreas vitales del sujeto.

El uso experimental está determinado por la curiosidad y el deseo de nuevas experiencias. Se trata de los primeros acercamientos que las personas tienen con una determinada sustancia. Este tipo de uso es posible verlo predominantemente en la adolescencia, por la característica propia de esa etapa de desarrollo que se focaliza en el descubrimiento, aunque no es exclusiva de esa etapa vital.

El uso ocasional se refiere al tipo de uso más circunstancial y esporádico que se da en determinadas momentos y personas. Por ejemplo, eventos sociales, consumo de alcohol los fines de semana o el consumo de marihuana con determinado grupo de pares.

El uso habitual alude al consumo diario y regular de determinada sustancia que puede ser en dosis leves o moderadas. Por ejemplo, una copa de vino todos los días o algunos cigarros.

El uso dependiente se caracteriza principalmente por la necesidad compulsiva que la persona siente de consumir la sustancia que afectan su estado de ánimo y de conciencia y *“por una fuerte estructuración de su identidad en torno al consumo de la misma”* según Fernández y Lapetina (2008: 42).

Cuando un consumo pasa a incidir negativamente en algunas áreas vitales de una persona³ se puede hablar de consumo problemático de drogas. *“Entendemos por uso problemático aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, su frecuencia y/o la propia situación física, psíquica, y social del sujeto, produce consecuencias negativas para la persona y/o su entorno”* (JND. 2016:17).

Existen básicamente tres tipos de consumo problemático de drogas; intoxicaciones agudas (exceso en la cantidad de consumo de la droga), uso crónico o regular en el tiempo y dependencia ya explicada anteriormente su concepto.

Otro aspecto en la temática de drogas que es necesario explicar es la clasificación de drogas prohibidas o drogas permitidas. Cada sociedad establece normas y leyes para la convivencia de sus habitantes, pero esas normas no son fijas, sino que se van reformando continuamente, lo que en un momento determinado de una sociedad puede estar prohibido después puede permitirse o aprobarse o al revés, algo que estaba permitido puede prohibirse.

Los sociólogos caracterizan la violación de las normas sociales como una desviación. Sin embargo, lo que puede ser caracterizado como desviación en un momento dado puede no serlo en otro.

Con las drogas ocurre lo mismo, cada sociedad establece normas y leyes con respecto a las drogas, diferenciándolas permitiendo algunas y prohibiendo otras. Algunos actos pueden ser aceptados en una cultura y ser censurado en otra. En Arabia Saudita, importar, fabricar o consumir alcohol se castiga con la cárcel, multas o azotes. En otras

³ Se considera áreas vitales de una persona: 1- Salud (física y psíquica). 2- Relaciones sociales primarias (familia, amigos). 3- Relaciones sociales secundarias (trabajo, educación). 4- Relacionamiento con la ley.

culturas como el judaísmo o el cristianismo, el vino se encuentra dentro sus rituales religiosos (Kornblit, 2011). En el marco de una sociedad de consumo, capitalista y globalizada, la persona construye sus vínculos y se relaciona, entre otras cosas, con las drogas. Es en ese entramado, que el sujeto le da significado y sentido al uso de sustancias, buscando respuestas, satisfacciones y sentidos.

Batista, C (2009) retoma los conceptos de Borjano y Musitu sobre la situación sociológica de las sustancias, clasificándolas en: sustancias institucionalizadas, no institucionalizadas o institucionalizadas con posibilidad de uso “desviado”

Las sustancias institucionalizadas son aquellas que poseen un status de legalidad controlada en cuanto a su producción, distribución, publicidad y consumo, además de ser aceptadas socialmente. En esta clasificación se puede encontrar el alcohol y el tabaco.

Las sustancias que no se encuentran institucionalizadas son las que mantienen un estatus de ilegalidad, además de ser socialmente criticadas y condenado su consumo. En ella se pueden clasificar las drogas como pasta base de cocaína, clorhidrato de cocaína, LSD, éxtasis, entre otros.

Por último, las sustancias institucionalizadas con posibilidad de uso “desviado” son aquellas que si bien son elaboradas con fines médicos se “desvían” de su motivo original para ser utilizadas con finalidad recreativa. En esta categoría pueden entrar los psicofármacos entre otros.

Las drogas constituyen un fenómeno plural con múltiples manifestaciones las cuales se van modificando dependiendo del contexto histórico, los movimientos culturales, los modelos económicos de cada país, las representaciones y subjetividades que le asignan los sujetos a cada sustancia. No es posible homogeneizar el problema de la droga como si fuera un mismo fenómeno universal, atemporal y ahistórico; por lo que es necesario pensar esta problemática desde una perspectiva social, económica, cultural y política.

5- Capítulo II: Paradigmas sobre el consumo de drogas

A mediados del siglo XX como ya se mencionó anteriormente, se comienza a visualizar el uso de drogas como una actividad anti social que afectaba a la sociedad y sus normas transformándose en un problema. Estos discursos se fundamentaban en la peligrosidad y la amenaza a la seguridad que vivían las personas en relación a los consumidores de drogas alterando la convivencia ciudadana y social, dando surgimiento a la era del prohibicionismo en cual determinaba que todo acto de uso y consumo de cualquier droga debía ser frenado y controlado.

El empeño que la sociedad realiza para prevenir y/o corregir el comportamiento desviado se denomina control social siendo este instrumento más poderoso para llevarlo a cabo a través de la socialización, donde desde la niñez se va internalizando las normas y el deber ser, con sus respectivas sanciones morales y/o legales. Esto va generando y reproduciendo “etiquetas”, considerándose una persona como “desviada” al infringir una norma establecida. Las personas que consumen drogas ilegales hacen algo que es considerado prohibido por las normas de la sociedad en la que viven y, por lo tanto, son “desviados” en función de ello. Al “desviado” se le ejerce un control social para que vuelva a acatar las normas sociales y/o legales establecidas. Las alternativas brindadas hegemonícamente eran basadas principalmente en dos lógicas. Por un lado, las políticas con enfoque coercitivo, criminológico basado en una lógica punitiva, donde todo comportamiento descarriado socialmente debía ser aislado y “controlado”. Mientras que el otro enfoque pretendía la “cura” de ese comportamiento desviado, basándose en una lógica sanitaria con un tratamiento que corrigiera esa conducta desencaminada de lo socialmente establecido. El imaginario social en torno a las drogas y a sus consumidores concebía (y aún hoy en día sigue encontrándose en algunas personas) que los consumidores debían ser tratados como personas enfermas que deben ser recuperadas o directamente marginadas de la sociedad (mediante la internación o cárcel), siendo esta una visión estigmatizadora del consumidor.

Teniendo en cuenta la complejidad de la temática, la misma ha sido motivo de preocupación y atención por lo cual desde hace un tiempo se han desarrollado diversos paradigmas que buscan comprender el uso de sustancias, definir la naturaleza de la adicción buscando así generar pautas y estrategias de abordaje al consumo y uso de sustancias psicoactivas de los sujetos. Si bien se conoce que existe una pluralidad de

paradigmas que buscan dar explicación al consumo de drogas, se profundizará en el paradigma de la enfermedad y el paradigma del aprendizaje social ya que son en los que se han basado principalmente las políticas de drogas en Uruguay. Es necesario destacar que se expondrá aspectos generales del paradigma prohibicionista ya que se considera relevante para contextualizar el paradigma de la enfermedad.

5.1-Paradigma ético jurídico:

Cuando se comienza a problematizar el consumo de drogas, una de las primeras medidas adoptadas es prohibir y penalizar su uso. El foco se centraba en el producto en sí y su situación legal. Se asume que las drogas que no son legales son generadoras de daños físicos, psíquicos y sociales por lo que se debe restringir todas las formas de contactos y de alcance a los ciudadanos. Desde el punto de vista jurídico, se comienza a concebir el consumo como algo punitivo, algo desviado que debe ser eliminado y castigado a todo aquel que lo realice creándose medidas legales y penales dirigidas a los usuarios de drogas siendo estos percibidos como “delincuentes” que infringen la ley. Como “la droga” se concibe como delito, el modelo lleva a la criminalización y a la estigmatización de los usuarios, creándose y consolidándose los mercados negros y por tanto no se planteaban tratamientos ni estrategias de abordajes al consumo de drogas. *“Se busca dificultar la disponibilidad de la sustancia. Para ello, su estrategia preventiva se basa en divulgar las terribles consecuencias que genera la utilización de drogas, destacando tantos sus efectos nocivos como las penas reglamentadas por su cultivo, producción, distribución, venta, uso y posesión. En los casos en los cuales las personas se encuentran consumiendo drogas, se las aísla del resto de la sociedad para castigarlas por su conducta desviada” (Kornblit, A., Camarotti, A. y Di Leo, F., 2011, p. 11)*

Se comienza a utilizar el concepto de desviación en las drogas para describir toda conducta de la persona que atenta y/o viola las normas y leyes establecidas en cada sociedad. Se implementan medidas de control social para prevenir y/o corregir el comportamiento desviado, iniciando con medidas coercitivas y punitivas y posteriormente por la medicalización.

Pastor y López-Latorre (1993) explican cómo en el paradigma prohibicionista el foco de interés no se encuentra en el análisis de las toxicomanías de las sustancias psicoactivas ni en los factores causales de éstas. El verdadero interés se encuentra en

subrayar la responsabilidad personal en el acto delictivo y la responsabilidad del sistema judicial de intervenir coercitivamente para garantizar la salud pública y la seguridad coercitiva. La droga desde este paradigma adquiere una connotación punitiva, un elemento peligroso y capaz, en determinadas sustancias y en manos de determinadas personas, de atentar contra el orden y las normas establecidas en una sociedad.

5.2-Paradigma de la Enfermedad:

Durante el SXX se produce un auge en la investigación científica, realizándose grandes avances en la medicina, desde la investigación. Según Touzé (2006), se da la *medicalización de la vida*, concepto que retoma de Iván Illich (1975) para explicar como un número cada vez mayor de situaciones que antes no eran consideradas *problemas médicos*, comienzan a serlo. Este proceso de medicalización se centra en las formas de definir, interpretar, tratar/resolver los hechos que son de interés para la medicina. Se clasifican determinados problemas y situaciones dentro de *la medicalización de la anormalidad*, “*la definición y etiquetación del comportamiento anormal como problema médico, como enfermedad, que obliga a la clase médica a aportar a algún tipo de tratamiento*” (Touzé, 2006: 22).

La temática de drogas comienza a ser de interés para la comunidad científica, especialmente la medicina, realizando numerosos e importantes avances en el conocimiento de las características psicoactivas de las drogas y del proceso bioquímico de la adicción física, así como diferentes procedimientos de base médico-farmacológico que han resultado eficaces para el tratamiento de las adicciones. La medicina comienza a enfocar sus investigaciones en las adicciones, pero desde una perspectiva diferente al paradigma establecido, considerando el uso de sustancias psicoactivas como una enfermedad que se despierta en los sujetos involucrados, dando surgimiento al paradigma de la enfermedad.

El paradigma de la enfermedad entiende que existen personas que nacen con cierta predisposición genética a la dependencia en drogas; considera a la misma como una enfermedad basada en la pérdida del control del individuo sobre su ingesta; un fenómeno vinculado exclusivamente a procesos biológicos de la persona y las características farmacológicas de las drogas. La adicción es comprendida como un problema médico más, como una enfermedad latente en determinadas personas que se despierta una vez

que el sujeto prueba las drogas⁴, cuya probabilidad de generar una dependencia en el uso de drogas es mayor cuando consumen alguna sustancia psicoactiva. Por lo tanto, si estas personas prueban las drogas, tendrán una alta probabilidad de desarrollar un vínculo dependiente con las mismas.

Si las adicciones son concebidas como una enfermedad, la persona será un enfermo, un sujeto pasivo sin poder de control sobre su padecimiento y por lo tanto de su consumo que se hará cada vez mayor.

El paradigma de la enfermedad hace énfasis en la dependencia, tanto en sus factores originarios como sus componentes biológicos y farmacológicos que la sostienen en el sujeto. Se considera que la persona ha perdido sus mecanismos de autocontrol, generando una necesidad de consumir de manera impulsiva, no teniendo control de su consumo. El deterioro irá evolucionando y dañando su salud cada vez más. Todos estos factores hacen que la dependencia adquiera un carácter de entidad absoluta, se es adicto o no se es adicto, se tiene la enfermedad de la drogodependencia o no. La adicción al concebirse como una enfermedad irreversible que no puede ser curada hace que la persona cargue con la categorización de ser un “adicto recuperado” pero latente su enfermedad por el resto de su vida, por su carácter progresivo.

Una vez diagnosticada la dependencia, los tratamientos terapéuticos válidos en este modelo médico tradicional apuntan únicamente a la abstinencia; dicha enfermedad no es curada, sólo puede ser detenida. La persona debe aceptar su condición de enferma, y que tiene una adicción que no puede dominar por sus propios medios, por lo cual deberá recibir un tratamiento cuyo objetivo final será la abstinencia.

“Las personas que usan drogas de manera problemática son vistas, desde este modelo, fundamentalmente como receptores pasivos de factores endógenos incontrolables (de naturaleza genética, bioquímica o psicodinámica), los que las harían incapaces de generar un cambio en su patrón de consumo, requiriendo así un tratamiento externo para dejar de consumir” Fernández y Lapetina (2008: 56). Un ejemplo de esto es el modelo de tratamiento llamado “Los 12 pasos” de Alcohólicos Anónimos donde el primer paso del tratamiento es reconocer su rendición a la adicción para solicitar un

⁴ Algunas teorías sostienen que la predisposición se origina en una anomalía física innata que determinadas personas la poseen en sus genes, heredándose de generación en generación dentro de la familia, por el ejemplo “la teoría del gen alcohólico”.

tratamiento. Se idealiza la abstinencia como principal y único tratamiento y muchas veces desde el principio del mismo, generando una presión extra hacia la persona por alcanzar ese ideal abruptamente.

“Para este modelo (médico) el “drogadicto” es considerado un “enfermo” al que hay que curar (diagnosticar, prescribir y tratar) y reinsertar en la sociedad. En general las intervenciones curativas del especialista se apoyan más en la prescripción, consejo e información que en la “escucha” personalizada de lo que está necesitando cada persona en particular. Las drogas, las personas y el contexto se analizan en términos de “agente”, “huésped” y “ambiente”, según la misma lógica con la que se estudian las “enfermedades infectocontagiosas”. La falta de prescripción médica en la administración de una droga es lo que hace que esa sustancia sea nociva para las personas. (Kornblit, A., Camarotti, A. y Di Leo, F., 2011: 11).

Desde este paradigma biológico-positivista, el drogadicto que asume la condición de enfermo debe ser sometido a un diagnóstico y a una terapia que muchas veces requiere la prescripción de fármacos. El drogadicto es un enfermo, un sujeto pasivo en una relación individual médico-paciente en la que, quien tiene el saber, y la capacidad de decisión, siempre es el primero. La meta del tratamiento es impuesta por el profesional en base a supuestos que el mismo plantea, la adicción en este paradigma es vista principal y exclusivamente en muchos casos desde el punto de vista médico y paraclínico no incorporando otros factores y perspectivas.

El paradigma de la enfermedad se basaba en la teoría positivista, intentando buscar explicaciones a la fenomenología de las adicciones en la búsqueda de soluciones. El positivismo que tiene su esencia en las ciencias “duras” o “naturales”, adaptado a las ciencias sociales, busca formular leyes para aplicar y predecir los fenómenos sociales. Los hechos debían ser tratados como cosas separados de toda subjetividad que pudiera contaminar el conocimiento científico.

En el campo de las adicciones desde una perspectiva de salud, el adicto debe ser aislado de su entorno contaminante para poder así comenzar un tratamiento dirigido por médicos y profesionales tratantes. La adicción pasa a ser estudiada como algo aislado, extraída de la realidad a la que se le utiliza varias técnicas para la búsqueda de su solución. Ésta se convierte en objeto de estudio de interés para el campo médico, por lo que deben

ser observadas y analizadas las conductas y características de las personas drogodependientes a fin de poder explicar las razones por las que estos individuos caen en este problema, en qué coyuntura se encuentran y las diferentes problemáticas que lo condujeron a esa situación (problemas familiares, económicos, sociales, entre otros). Sin embargo, a este modelo biologicista le interesa el consumo de drogas como categoría patológica y no como conducta, por lo tanto, el tratamiento hará foco principalmente en el aspecto paraclínico dejando en segundo lugar los componentes sociales, culturales y psíquicos de la adicción. Esto también conllevará que no se comprenda el gran abanico de diversas formas de consumo tanto no abusivos como abusivos no adictivos, este modelo centra su atención casi exclusivamente en la drogodependencia.

Si en el modelo jurídico prohibicionista la prevención debía enfocarse en los elementos punitivos del consumo y las consecuencias legales de consumir drogas, en el paradigma de la enfermedad la prevención apuntará a la difusión de las enfermedades y consecuentes problemas en la salud física y mental por el consumo de drogas. Ambas coinciden en el no consumo o también llamado “consumo 0” como lo ideal, que todo uso de drogas debe ser prohibido ya sea por el bien y seguridad tanto de la persona como de la sociedad. Por lo tanto, las políticas de drogas tanto preventivas como de abordajes terapéuticos se enfocarán en la abstinencia y prohibición de todo consumo dando lugar al prohibicionismo.

En Uruguay, el paradigma clásico con el tiempo fue debilitándose, surgiendo nuevos paradigmas que ya no plantean el conocimiento como una disciplina que puede ser dividida en partes sin conexión, sino por el contrario, los problemas surgen como producto de una interacción sujeto-mundo, *“son las interacciones entre individuos las que producen la sociedad; pero es la sociedad la que produce al individuo”* (Morín, 2004:7). A partir de que se identifican la pluralidad de disciplinas, es posible generar un diálogo que integre los diversos discursos permitiendo comprender la realidad desde una perspectiva de complejidad. Las nuevas corrientes ponen en tela de juicio las concepciones clásicas generando un paradigma que plantea que no es posible comprender las adicciones desde una sola parcialidad; la temática posee una complejidad tan enriquecedora que se hace imperante incorporar las dimensiones sociales, culturales y psíquicas, pero no separándolos y estudiándolos por partes y pasos como plantea el paradigma clásico donde unos son más importantes que otros; sino, por el contrario, como

un totalidad dinámica y compleja donde el componente social de las adicciones comienza a tener trascendencia.

5.3-Paradigma del Aprendizaje Social:

La relevancia de la perspectiva social sin enfatizar solo en las dimensiones psico-biológica como lo hace el paradigma de la enfermedad lleva a la necesidad de un paradigma con una mirada integral. A mediados de los años 80', se comienza a generar una corriente de pensamiento que manifiesta que el abordaje del uso de drogas posee una complejidad en sí misma que no puede ser reducida únicamente a la mirada de la salud. El foco ya no se centra únicamente en la sustancia, sino que se lo coloca en el sujeto y principalmente en la interacción del mismo con las drogas, en el vínculo que una persona establece con la sustancia, buscando comprender cuáles son los factores que lo llevaron al abuso de sustancias tóxicas.

El paradigma clásico comienza a debilitarse con el pasar del tiempo, no satisfaciendo las interrogantes planteadas por una corriente que ve la necesidad de incorporar una mirada más compleja e integral a través de diferentes disciplinas. Se comienza a concebir la idea que el significado asociado a las drogas está determinado no sólo por las propiedades farmacológicas y toxicológicas de las sustancias sino también por las formas en que una sociedad define el consumo de las mismas y por las estrategias preventivas que utiliza con los consumidores. Las desigualdades, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación, el analfabetismo, la carencia de una vivienda digna, los procesos de urbanización e industrialización sin una planificación adecuada, deben considerarse como factores causantes de la aparición masiva de las drogodependencias. El paradigma emergente enfatiza el componente psicosocial y cultural en el uso de drogas.

El paradigma del aprendizaje social entiende que las personas no nacen adictas a las drogas ni poseen un "gen" adictivo en su interior, sino que se hacen dependientes de ellas a través de conductas aprendidas social y culturalmente en su entorno. Al ser una conducta aprendida en esta dimensión, la forma en que los sujetos en cuestión se relacionan con las drogas puede modificarse a través de un proceso de re-aprendizaje. La

adicción no posee un carácter de entidad absoluta en este paradigma, no se presenta de la misma manera para todas las personas, el consumo problemático va a depender de varios factores de riesgo (psicológico, biológicos, socioculturales, entre otros) presentes en la persona, la sustancia y en el entorno donde se desarrolla el consumo.

No existe el carácter se es adicto o no se es, por lo que tampoco va a ser inevitablemente progresivo su consumo como sostienen los que conciben la adicción como una enfermedad. Por el contrario, el consumo de una persona tiene un carácter dinámico; puede ser por momentos problemáticos, por momentos controlado y puede disminuir como aumentar, dependiendo de la situación o contexto en el que se encuentre tanto anímicamente, como de salud y de gran relevancia las redes de contención que tenga esa persona. La mayoría de las personas no desarrollan consumos problemáticos con las drogas.

Un aspecto importante que se destaca en el modelo de aprendizaje social es que *“desde este modelo no se niega la posibilidad de que una persona pueda enfermar como consecuencia de su uso de drogas. Los daños al organismo como consecuencia de los usos crónicos y dependientes de drogas están demostrados científicamente. Lo que este paradigma resalta es que el comportamiento de uso de drogas no es en sí mismo una enfermedad sino, que la persona ha aprendido a relacionarse de determinada forma con la sustancia, la cual pasa a ser problemático en ese momento”* (Fernández y Lapetina; 2008: 50). La diferencia entre los modelos es en qué lugar se posiciona el sujeto; si como un individuo pasivo, dependiente y sin autocontrol ni manejo frente a la situación, o como un sujeto que es capaz de controlar y modificar su situación y contexto, siendo protagonista de su cambio. Lo que da cuenta a modelos contrarios, un modelo médico por un lado y un modelo psicosocial por el otro.

En el modelo del aprendizaje social, el acento no está puesto en las sustancias sino en el vínculo e interacción que se establece con ellas, el consumo se encuentra transversalizado por factores de historia de vida, factores socio culturales, factores familiares y factores biológicos. Todos estos componentes influyen en la construcción del vínculo que desarrollará el individuo con la sustancia, la forma y la intensidad en que se de esa interacción. La familia, el entorno y la sociedad son agentes de socialización desde las primeras etapas de vida de un individuo por lo que influyen en la concepción que cada

uno posee sobre las drogas, generando elementos que sirven de factores de protección o de riesgo.

Un sujeto no se lo puede pensar de forma aislada a la situación en la que vive. J.C Carrasco (1983) plantea que el ser humano es un ser sociable desde el nacimiento. Desde que el sujeto llega al mundo que se inserta en una sociedad. Para poder sobrevivir y desarrollarse necesita socializarse, y esto último refiere a un proceso, el de socialización. En este proceso, la colectivización, el individuo es parte de una sociedad que acata normas, tiene derechos y crea hábitos. Los seres humanos nacen en un estado de particular inmadurez, desde las primeras etapas de desarrollo, se conforma un período caracterizado por el mimetismo y la interiorización de hábitos y actitudes del entorno del niño y niña. Estos irán adquiriendo y reproduciendo patrones de comportamientos del entorno que los rodea, tanto la familia como escuelas, amigos y pares, y demás agentes socializadores, que transmiten pautas y comportamientos culturales y sociales. Estos agentes de socialización pueden funcionar tanto como factores de protección como factores de riesgo.

Si pensamos las drogas desde el paradigma del aprendizaje social, como conductas apreñadas socialmente, es en estos ámbitos y espacios de procesos de socialización que plantea Carrasco (1983) donde se dan y adquieren las primeras informaciones sobre las drogas y sus diversas modalidades de consumo. Como plantea Olivera *“En esta primera aproximación a las drogas, en el seno familiar, donde el potencial informativo y formativo de la familia es de suma importancia, es este uno de los primeros ámbitos donde aparece el vínculo con las drogas. En la familia, transcurrirán las primeras informaciones sobre los usos y cuidados que se pueden tener con las drogas, y éste es uno de los elementos que hace del espacio familiar, un ámbito de protección privilegiado de los consumos problemáticos en un futuro”* (Olivera, 2010: 3).

Cabe destacar que no es el propósito de esta monografía profundizar en los factores psicosociales de riesgo y protección asociados al uso de drogas ni el lugar que la familia ocupa en estos elementos. Sin embargo, es necesario poder exponer los aspectos generales que hacen a la comprensión del mundo de las drogas, entendiendo su fenomenología y la complejidad que posee la cual no es posible reducirla únicamente al binomio salud-enfermedad, como el paradigma clásico.

Las políticas de drogas que se sustentan en el paradigma del aprendizaje social apuntan a programas de reducción del riesgo y daño del consumo de sustancias psicoactivas. 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. A diferencia del modelo médico que apunta a la abstinencia y a la disminución del consumo de drogas, la reducción de riesgos y daños (RRDD) busca generar transformaciones en las conductas de consumo, apuntando a la disminución de las consecuencias negativas del consumo de drogas. El foco está puesto en otro lado, no en la droga sino en la relación y vínculo negativo entre la persona y la droga. Las políticas de RRDD intentan reducir los problemas asociados con el uso de drogas sin que necesariamente disminuya el consumo y reconoce que la abstinencia puede ser un objetivo realista y deseable para muchos, tanto a corto como a lo largo plazo, pero no debe ser el único objetivo ni el fin en sí mismo. Que sirva para algunos no significa que sirva para todos.

Las drogas se encuentran dentro de una sociedad de consumo, de consumo de productos, consumo de servicios entre otros. El consumo de drogas no es un fenómeno aparte. En una sociedad en que todo se soluciona mediante actos de consumo (comprar para combatir la depresión, reunirnos para beber, tomar medicamentos ante el más mínimo malestar) el consumo de drogas es una manifestación más de esta sobrevaloración del consumo.

6. Capítulo III: La estrategia de Reducción de Riesgos y Daños

6.1 Marco normativo

El consumo problemático de drogas como tal surge a inicios de la década de los 80. Ello no quiere decir que antes no se hiciera uso de sustancias tanto legales como ilegales, pero es partir de esa fecha que la cuestión es puesta en el tapete público bajo la connotación de problemática. *“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 1998: 278).

En 1974 se decreta la Ley 14.294 donde se crea la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías con el objetivo de crear programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de personas que hacen uso de drogas, generar un registro de toxicomanías con especificación de las drogas utilizadas y las circunstancias en las que se consumieron. A su vez, genera un protocolo de procedimiento y accionar del Ministerio del Interior y el Poder Judicial en los casos que se detecten consumo. Esta Ley (en parte todavía vigente) ratificó el Acuerdo Sudamericano de Estupefacientes y Psicotrópicos de 1972 por cada uno de los países de Latinoamérica, Estados Unidos y agencias internacionales. Aunque el acuerdo internacional demandaba la criminalización del consumo de drogas, el art.31 “exenta de pena” al consumidor.

La Ley 17.016⁵ de 1998 modificó parcialmente los decretos de Ley 14.294 y la Ley 15.579 en materia de producción, comercialización y consumo de drogas; procurando dar mayores libertades al usuario, exceptuando al consumo de la esfera penal, especificando *“quien tuviera en su poder una cantidad razonable destinada exclusivamente a su consumo personal, con arreglo a la convicción moral que se forme el juez a su respecto”*

La Ley 19.172⁶ de 2013 para la regulación del cannabis modifica el artículo 3 de la Ley 14.294 en lo relacionado a la plantación, cultivo, cosecha y comercialización del

⁵ Ver Anexo 2

⁶ Ver Anexo 3

cannabis, creando una nueva figura estatal, el Instituto de Regulación y Control de Cannabis (IRCCA). A través del mismo se busca integrar a los representantes políticos de los diferentes organismos ministeriales como la comunidad científica (UDELAR) y actores sociales (clubes de membrecía, auto cultivadores y consumidores), buscando representación de la comunidad científica, el Estado y la sociedad civil.

El artículo 30 de la Ley 14.294 establecía penas de 20 meses a 10 años de prisión por producción de sustancias capaces de producir dependencia psíquica o física pero el art. 6 de la Ley 19.172 modifica ello quedando *“exento de responsabilidad el que produjere marihuana mediante la plantación, el cultivo y la cosecha de plantas de cannabis de efecto psicoactivo en los términos de lo dispuesto en el artículo 3 de la presente ley”*. Se despenaliza la producción de cannabis de carácter individual, regulándose la tenencia de cultivo.

Si bien el consumo no está prohibido, de ser identificado puede ser conducido a indagatoria policial y en caso de encontrársele en su poder 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.

El art. 31 de la Ley 14.294 establecía que *“El que, sin autorización legal, importare, exportare, introducir en tránsito, distribuyere, transportare, tuviere en su poder no para su consumo, fuere depositario, almacenare, poseyere, ofreciere en venta o negociare de cualquier modo, alguna de las materias primas, sustancias, precursores químicos u otros productos químicos mencionados en el artículo anterior será castigado con la misma pena prevista en dicho artículo. Quedará exento de pena el que tuviere en su poder una cantidad razonable destinada exclusivamente a su consumo personal, con arreglo a la convicción moral que se forme el Juez a su respecto, debiendo fundamentar en su fallo las razones que la han formado”*⁷.

Este artículo fue modificado por la nueva regulación (art.7, Ley 19.172) la cual establece para el caso del cannabis una cantidad de 40 gramos seca y hasta 6 plantas de cannabis de efecto psicoactivo en su hogar.

⁷ Ver Anexo 1

Este artículo ha sido una de las modificaciones más sustantivas ya que a pesar de que la Ley planteaba que el consumo formaba parte de las acciones privadas del hombre y no se encuentra penalizado su consumo personal no especificaba la cantidad establecida para el consumo personal.

Antes de dicha modificación, la decisión y determinación quedaba en el Juez el discernir lo que era consumo personal y lo que no en base a su moral. No estaba clarificado cuáles eran las cantidades razonables, quién determinaba los parámetros de consumo personal o no, cuál sería la moral del Juez y por tanto un mismo caso podría concluir en dos resultados diferentes si había dos interpretaciones distintas con diferentes jueces. Las prácticas punitivas detrás de la convicción moral de los jueces se oponen y enfrentan con el principio de autonomía de las personas. Con un carácter punitivo y criminalizador se trabaja castigar a la persona que hacía uso de drogas. Bardazzano plantea *“la convicción moral con arreglo a la cual los tribunales atribuyen significado normativo al sintagma «cantidad razonable destinada exclusivamente al consumo personal» constituye una forma-que podríamos calificar como encubierta de penalizar la posesión de drogas para consumo personal”* (2012:44).

Con la Ley 19.172 esto se suprime para el cannabis de efecto psicoactivo ya que se determina claramente cuántas plantas y gramos se puede tener para el autoconsumo, la legalización de clubes de membresía y creación de registro de consumidores.

Desde su creación en el año 1988⁸, la Junta Nacional de Drogas (JND) es el órgano estatal que concentra, instrumenta y coordina a nivel nacional las acciones relacionadas a la prevención del consumo problemático y tratamiento de adicción a las drogas. La misma ha ido cambiando a lo largo de los años, modificándose desde sus organismos reguladores, objetivos y perspectivas políticas. Actualmente, la JND se encuentra integrada por los titulares de las Subsecretarías de los Ministerios de Interior, Relaciones Exteriores, Economía y Finanzas, Defensa Nacional, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública, Turismo y Desarrollo Social.

Todas las actividades de la JND están basadas en un Plan Nacional para el abordaje de drogas en períodos de 4 años, en el mismo se definen las políticas públicas

⁸ La Junta Nacional de Prevención y Represión del tráfico ilícito y uso abusivo de drogas, creada en 1988 pasa a renombrarse en 1998 Junta Nacional de Drogas.

nacionales, las prioridades y se asignan responsabilidades a las instituciones que planifican, coordinan y desarrollan las actividades. Se implementan programas de prevención del uso problemático de drogas tanto lícitas como ilícitas, observatorio de drogas, así como el apoyo y promoción de proyectos destinados a la reducción de riesgos y daños en la coordinación con organismos públicos estatales y organizaciones de la sociedad civil, fomentando su participación en un principio de gestión y responsabilidad compartida.

En resumen, *“en 2005 se adoptó una visión integral de las políticas de drogas con enfoque en derechos humanos. En el período 2011-2015 se profundizó en esta perspectiva instalando un debate democrático sobre los enfoques prohibicionistas de “Guerra contra las Drogas” evaluando sus resultados y cuestionando sus fundamentos y acciones. Se avanzó en el desarrollo de un modelo alternativo de regulación y control de mercados y en la transversalización de la perspectiva de reducción de riesgos y daños, entre otros muchos aspectos que dan cuenta de la génesis de un nuevo abordaje de las políticas de drogas.”* (JND. 2016:9).

6.2 Políticas de drogas: Del prohibicionismo a la estrategia de reducción de riesgos y daños

En la historia del abordaje de los problemas asociados al uso de las drogas legales e ilegales, se puede distinguir en líneas generales dos grandes grupos de modelos de comprensión que han intentado no sólo explicar el fenómeno del consumo de drogas, sino también dar respuesta en cuanto al tratamiento y abordaje de la problemática; por un lado un abordaje criminológico basado en el prohibicionismo a través del lema de *Guerra Contra las Drogas*; y por otro, un modelo basado en la promoción de la salud a través de la reducción de riesgos y daños en el consumo.

El prohibicionismo parte de la base de que el consumo de drogas ilegales es un comportamiento penado por la ley, por ende, el consumidor debe ser castigado con prisión o con un tratamiento que corrija su comportamiento delictivo y desviado. Rosa Del Olmo plantea que *“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”* (1992:116). Se apoya en convicciones de índole personal,

donde las drogas son malas y peligrosas para el individuo y la sociedad. Enfatiza la perspectiva de que las drogas son agentes negativos que ponen en riesgo la vida de las personas, visualizando a todo consumidor como un enfermo y esclavo que por su dependencia no tiene capacidad de decisión. Se remarca la necesidad de intervención del Estado con leyes que penalicen y repriman, manteniendo a los ciudadanos lejos de las drogas por el bien de la Sociedad, bajo el supuesto de que si no hay drogas disponibles no hay consumo.

La guerra contra las drogas surge como una iniciativa liderada por el gobierno del presidente Nixon de Estados Unidos durante la década de los años 70 dirigida a la persecución de la producción, distribución, comercio y consumo de drogas consideradas ilegales, de uso no medicinal. Esta serie de acciones severas se fundamentaban en que, al prohibirse toda producción, comercialización y uso de sustancias psicoactivas, atribuidas bajo el estatus legal de prohibidas y no medicinales, se conduciría a una constante disminución del mercado de drogas como la heroína, cocaína, el cannabis, y finalmente el logro de un mundo sin drogas. Estas políticas de enfoques prohibicionistas fueron adoptadas a lo largo de los años por diversos países (Uruguay inclusive) destinándose inmensos recursos a la criminalización e implementación de medidas represivas a productores, traficantes y consumidores de drogas ilegales.

La implementación no generó los resultados esperados; por el contrario, se generó un desplazamiento político producto de financiar desde recursos escasos un vasto esfuerzo de aplicación de la ley con la intención de confrontar el mercado criminal. Se potenció un “efecto globo”⁹ donde la producción de drogas cambia de ubicación para evitar ser capturados. Se produjo un desplazamiento de sustancias por parte de consumidores hacia nuevas sustancias cuando sus drogas de elección se vuelven difíciles de obtener.

En cuanto a los componentes de las drogas se ha visualizado a través de estudios científicos la adulteración cada vez mayor de las sustancias¹⁰. La criminalización fomenta

⁹ Término acuñado por Antonio María Costa, ex Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en declaración de Informe contra las drogas de Comisión Global de políticas de drogas. Junio 2011

¹⁰ Según informe del Observatorio Uruguayo de Drogas de JND en una incautación de bocas se encontró que el 70% de la cocaína para la venta estaba adulterada con químicos, pesticidas y sustancias tóxicas, conteniendo solamente el 30% de cocaína en su composición.

el desarrollo de un mercado ilícito, no regulando ni en la oferta ni demanda de como las medidas de prevención sanitarias de qué es lo que se consume. Para obtener mayores ganancias se desarrollan drogas cada vez más adulteradas que generen más adicción a un menor costo de producción y pureza de la droga.

Se profundizaron los problemas de salud, vulnerabilidad social y cultural, convivencia, incremento de la violencia asociada al tráfico de drogas y su relación con otros delitos de crimen organizado tales como tráfico de armas y trata de personas, entre otros. La prohibición y criminalización del consumo de drogas ilegales se enfocan en la represión de todo consumidor, no distinguiendo la pluralidad de modos de consumos, por lo que el acceso a la información sobre las drogas y tratamientos estará atravesado por la ilegalidad del acto cometido. Esta perspectiva más punitiva no contempla los grises del uso de drogas. Se consume drogas porque existe una dependencia (y consecuentemente debe ser modificado su comportamiento desviado) o no se usa drogas. Ante la afirmación del uso de drogas las opciones que brindan estas políticas son sencillas; castigar el acto mediante medidas legales y/o recibir un tratamiento para su “adicción”. *“Cuarenta años de prohibición parece un tiempo razonable para evaluar cuál ha sido el resultado que se buscaba. Los objetivos planteados en la región, respecto a las adicciones y las drogas que se transformaron en ilegales, [...] no han dado los resultados que esperábamos. Por lo tanto, lo que se debe hacer, es por lo menos, no quedar paralizado en la inacción. No podemos creer que las medidas no se implementaron bien, de la mejor manera o que no se hizo todo lo necesario. En realidad, el fundamento de esa política tiene un error básico. El prohibicionismo no dio soluciones [...] para generar el control de la adicción y mejores políticas públicas de salud e incluso de seguridad. El Estado debe intervenir a través de políticas públicas que apueste a la inclusión e igualdad, porque excluir y tratar como delincuente a quien tiene un problema de adicción es una discriminación muy profunda”* (Garat, G. 2015:66).

Se hizo imperiosa la necesidad de repensar las acciones represivas y consecuencias no buscadas de las políticas de drogas prohibicionistas, incorporando como base la evidencia científica y empírica para el diseño e implementación de estrategias alternativas a las que poseen un discurso simplista al estilo “sólo di no” y políticas de “tolerancia cero”.

Las políticas de drogas basadas en la reducción de daños como estrategia de intervención para abordar el problema de drogas responden a un modelo desarrollado en forma pragmática en varias partes de Europa a partir de un conjunto de críticas realizadas sobre las limitaciones y los efectos negativos desencadenados de las políticas represivas y prohibicionistas. Su objetivo no se fundamenta en erradicar el consumo de drogas, sino en modificar los patrones de uso, reduciendo los daños asociados al uso abusivo de sustancias y de las políticas de carácter punitivo de control y represión.

El avance de la RRDD se ha sustentado principalmente a raíz de la transmisión del SIDA en la década de los 80 debido a que el uso de drogas es una de las conductas de riesgo más frecuentemente asociada con el VIH (Virus de la Inmuno-Deficiencia Humana, el virus del SIDA). *“En algunas áreas, el uso de drogas inyectables (UDI) se ha convertido en la principal vía de administración de droga, y mundialmente es hoy uno de los principales factores de riesgo para la infección de VIH”* (Palacios. 2003: 6). Los programas de cambio de agujas y jeringas son para muchos autores la fuente del abordaje de la reducción de daños. Proveer de agujas y jeringas estériles es una forma simple y económica de reducir el riesgo de contagio de VIH.

Las raíces de la reducción de daños están en Reino Unido, Países Bajos y Norteamérica debido a la propagación del uso de drogas, particularmente de la heroína. El condado de Mersey, en Inglaterra fue uno de los pioneros en la estrategia de elaboración de programas que apuntaban al consumo responsable de las personas y la reducción del daño ocasionado por el uso.

Según Palacios (2003) hubo tres grandes factores que condujeron al establecimiento del modelo de reducción de daños en Mersey. El primero fue la política de clínica local de drogodependencias, ya que la mayor ciudad de Merseyside¹¹, Liverpool no tenía una clínica de drogodependencias hasta mediados de los años 80, el tratamiento ambulatorio se limitaba a unos pocos psiquiatras.

El segundo factor importante en el surgimiento de RRDD se asocia con el Mersey Regional Drug Training and information Centre el cual comenzó una campaña de cambio

¹¹ Merseyside es un condado metropolitano creado a mediados de la década de los 70, compuesto por las áreas metropolitanas de Liverpool, Knowsley, Sefton St. Helens y Wirral; situado al norte de Inglaterra.

de jeringas en el Reino Unido, con el fin de aumentar la disponibilidad de jeringas estériles para los usuarios de drogas y asesoramiento en el consumo responsable.

El tercer factor fue la colaboración con la policía local, con la que se estableció un acuerdo de no vigilar a los servicios de drogas y se comenzó a derivar a esos servicios a aquellas personas que consumían y habían sido detenidas.

Otro ejemplo de política de reducción de daños es la política holandesa desarrollada para tales fines. Amsterdam posee el programa de cambio de jeringa más antiguo del mundo (1984). Este país instala una diversa variedad de servicios de calle para usuarios de drogas duras, hasta incluso algunas comisarías proveían (en forma de cambio) jeringas limpias a los detenidos y arrestados.

Si bien las políticas de drogas de reducción de daños se han aplicado para todos los tipos de drogas, inicialmente y las más populares han sido las enfocadas al uso de drogas inyectables por el inmediato daño y consecuencias que genera.

Se busca favorecer procesos de fortalecimiento de las capacidades de los usuarios de drogas, sus familias y sus comunidades. *“Supone trascender el nivel de transferencia de información, y plantear el desarrollo y la instalación de capacidades y recursos destinados a la prevención, atención e inserción de los usuarios de drogas”* (Dell’Acqua.2011:6). Se apunta a generar herramientas de empoderamiento con efectos multiplicadores y generadoras de cambios en las distintas esferas que hacen a la vida de las personas, con implicancias profundas en la construcción simbólica sobre el lugar de los usuarios en la comunidad y en los servicios de salud, así como en la construcción de proyectos de vida saludable.

Uruguay no presenta una realidad comparable con los países europeos y EEUU en cuanto al uso de drogas inyectables principalmente de heroína, dado que el consumo por drogas intravenosas en el país es muy reducido en comparación con otros tipos de usos.¹²

Sin embargo, esto no quiere decir que no se pueda tomar como referencia las políticas de drogas basadas en la reducción de daños ya que estas no abarcan solamente

¹² Según VI Encuesta nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas en 2016 sustancias como crack, ketamina y heroína no alcanzan en ningún caso el 1% de la población.

la veta de tratamiento. Las mismas poseen un componente tanto educativo como comunitario. Con respecto a la educación, se informa y asesora a las personas que consumen drogas sobre los riesgos y formas seguras de prácticas de uso de sustancias psicoactivas.

En cuanto al componente comunitario se fomenta la destigmatización de los usuarios y la desmitificación del uso de drogas a través de campañas publicitarias y programas sociales.

Las estrategias de reducción de riesgos y daños (RRDD) se posicionan desde el respeto por la decisión que toma una persona de consumir cualquier droga. Es por tal motivo que las intervenciones se centran en el sujeto y no en la sustancia en sí, priorizando la disminución de los efectos potencialmente negativos personales y sociales vinculados al uso de drogas, sean estas legales o ilegales, permitiendo de este modo no estigmatizar a la persona consumidora. Se pueden definir a dichas estrategias como *“el conjunto de medidas sociosanitarias, individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo”* (Mino apud Dell’Acqua.2011:5). Es así como el *uso responsable de drogas, prevención de problemas, prevención secundaria, minimización de riesgos y control de riesgos* son términos comúnmente asociados a la estrategia de reducción de riesgos y daños. Todos los términos anteriores engloban la idea general de las estrategias de reducción de riesgos y daños, entendiéndose como *“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, Nadelman y O’hare apud apud Riley, D y O’hare, P. 2001:22). Todas las definiciones engloban la misma similitud: buscar tomar el control sobre los efectos negativos. Ninguna tiene un objetivo exclusivamente abstencionista. Por el contrario, se busca abarcar a aquellos consumidores que no quieren o no pueden dejar de consumir y que por lo tanto se encuentra por fuera del acceso a los sistemas asistenciales que exigen la abstinencia.

La reducción de daños puede ser vista tanto como un objetivo central o como una estrategia. Como objetivo central se aborda desde la reducción de múltiples daños asociados con el uso de drogas, reduciendo las consecuencias negativas de ese consumo para el individuo, la comunidad y la sociedad, permitiendo que la persona mientras tanto

pueda elegir continuar utilizando drogas. Los programas comunitarios y campañas de sensibilización de consumo responsables a través de la implementación de estrategias de intervención preventivas y educativas tales como campañas de información de las graduaciones alcohólicas y la mezclas de las mismas, enseña a los jóvenes a consumir alcohol en forma moderada y razonable. *“Si una persona no puede o no quiere dejar de consumir alcohol u otra droga cualquiera, nosotros debemos asistirlo/a para que pueda reducir los riesgos y posibles daños para sí mismo y para su comunidad”* (Burnning, E. apud Dell’acqua. 2011:18).

En segundo lugar, como ya se mencionó anteriormente la reducción de daños también puede ser utilizada desde el plano de la estrategia, al pensarse como un abordaje específico dentro de un plan terapéutico donde las metas propuestas sean otras. Es decir, si dentro de una intervención el objetivo es la abstinencia, se puede utilizar la reducción de daños como una maniobra para ir rebajando el consumo y así alcanzar suprimir el consumo.

En ambos casos el punto central e indiscutible es que el uso de drogas de una persona es aceptado como un hecho. Como plantea Lapetina *“muchas personas seguirán eligiendo desarrollar comportamientos de riesgo siendo plenamente conscientes de las consecuencias negativas que los mismos pueden traer para su salud”* (Lapetina, A. 2012:4). Riesgo como probabilidad que tiene una conducta, en este caso el uso de drogas, de causar alguna consecuencia negativa o daño para la persona o su entorno.

Forselledo (2008), entiende que es la probabilidad de que determinado fenómeno indeseable le ocurra a un individuo o grupo de individuos en un futuro. Esto aporta a identificar como factor de riesgo cualquier evento de índole físico, química, biológico, psicológico, social, económico, político y cultural, que al presentarse altere aumentando la probabilidad de que el fenómeno indeseable aparezca. *“riesgo entendido como construcción cultural y como elecciones en el diseño de un estilo de vida individual, la posibilidad de control y manipulación de carácter moralizante a comprender al riesgo como algo contingente”* (Vecinday, 2005:145). El abordaje de reducción de riesgos y daños asociado al consumo de drogas intenta identificar, medir y principalmente disminuir los efectos negativos al consumo en varios niveles.

Esto no significa que los abordajes no consideren la abstinencia. Se cambia la forma en que se replantea la abstinencia como único objetivo o meta posible dentro de un plan terapéutico. Esta estrategia posee una visión más abarcativa dado que acepta el hecho de que existen varios tipos de abordajes o estrategias posibles que utilizarse para encarar las diferentes problemáticas relacionadas con las drogas, siendo los objetivos parciales de la reducción de daños y la abstinencia de aquellas. El abordaje de reducción del uso de drogas no puede excluir la abstinencia como meta a largo plazo, ya que si bien no es la meta principal que se identifica, no se descarta que para algunos usuarios la abstinencia pueda llegar a ser un objetivo claro y probable. Existen diversas estrategias de abordaje en un consumo problemático de una persona, donde la abstinencia puede estar comprendida como un objetivo a largo plazo dentro de un plan terapéutico, pero no puede ser el fin en sí mismo.

Las políticas y programas de Reducción de Riesgos y Daños, son y han sido, el marco de los diversos planteamientos y programas de actuación que en las últimas décadas han pretendido dar respuesta a las diferentes problemáticas asociables a las formas de uso de determinadas drogas, a las patologías concomitantes y a las conductas de riesgo. La reducción de daños se ha convertido en la alternativa a los enfoques basados en la abstinencia y centrados en un modelo punitivo, donde el paternalismo médico sea por la aplicación de la ley. La oferta de servicios sanitarios y sociales dirigidos a disminuir los posibles efectos del uso de drogas, sin la imposición del no-uso, marcó un cambio radical en la concepción de los tratamientos de drogas. Los programas de reducción de riesgos son aplicables hacia cualquier tipo de sustancias.

Estas medidas y disposiciones, que aceptan el consumo de drogas por parte de los usuarios atendidos tienden a diversificar la oferta asistencial, desarrollando nuevas modalidades terapéuticas y dispositivos de carácter psicosocial. Significa en el usuario la aceptación de su plena capacidad para la toma de decisiones responsables sobre su salud, incentivándose esa participación en la toma de decisiones y tratamiento a fin de sustentar una responsabilidad colectiva a través de su involucramiento.

El abordaje de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas intenta identificar, medir y principalmente disminuir los efectos negativos de su uso en varios niveles.

Se entiende por *Riesgo* a “*la probabilidad que tiene cualquier conducta humana de causar potencialmente alguna consecuencia negativa para la persona o para su entorno en campos tan diversos como ser la salud física, legal, emocional, legal, relacional o económica*” (Lapetina, A. 2012:1). Los comportamientos de riesgos son el resultado final de evaluaciones y decisiones a partir de las cuales cada persona hace un balance (más o menos consciente) de las potenciales consecuencias positivas del comportamiento en cuestión (beneficios) en relación a las potenciales consecuencias negativas que desencadena (daños).

Los conceptos de daño y beneficio son usados para describir cuando una consecuencia particular es visualizada como negativa o positiva. Se presentan simultáneamente en todo comportamiento de riesgo. Muchas personas seguirán eligiendo desarrollar comportamientos de riesgo siendo plenamente conscientes de las consecuencias negativas que los mismos pueden traer a su salud. Que una persona siga consumiendo a pesar de los daños ocasionados no significa necesariamente que sean autodestructivos o que padezcan algún trastorno de personalidad, sino que evaluaron racionalmente los daños, pero los beneficios son mayores. Esto no significa que no exista riesgo; por el contrario, no existe droga sin riesgo. Pero también existe un importante desconocimiento, tanto en la población en general como en algunos sectores profesionales sobre los efectos buscados y los no buscados de las drogas y sus propiedades adictivas añadiendo una cuota de discurso moralista y paternalista. Por lo tanto, no se trata únicamente de políticas asistenciales para el abordaje de consumo problemático de sustancias psicoactivas, sino también políticas preventivas que sensibilizar sobre la temática y ofrecer a las personas herramientas para un consumo responsable, que le permita cuidar su salud y evitar situaciones de enfermedad.

Es así que las políticas, programas y acciones de promoción de salud deben incidir tanto a nivel individual, comunitario como socio-político desde una perspectiva de salud pública, de promoción de salud y de inclusión social. El modelo busca integrar los usuarios problemáticos de drogas al sistema sanitario y al entramado social, formando parte de programas y prácticas de prevención, promoción de salud y reducción de riesgos y daños. Todos estos usos tienden a disminuir el estigma la exclusión y la discriminación, daños asociados al uso de drogas, considerándose al consumidor un miembro más de la sociedad, responsable de sus actos y respetando su elección de consumo.

6.3- Políticas de reducción de riesgos y daños en Uruguay

Uruguay, al igual que otros países de América Latina, ha visto incrementada la demanda de drogas en las últimas décadas, identificándose cambios cualitativos y cuantitativos del consumo con la aparición de la pasta base en el mercado a partir de los años 2000. Se priorizó la atención al usuario problemático en dependencias médicas como el Portal Amarillo, inaugurando en 2005, y propuestas similares como El Jagüel en Maldonado y Casa Abierta en Artigas o Las Brujas y Centro Chanaes para patologías duales. Esos espacios fueron aumentando con el tiempo incorporando exclusivamente personal especializado en el abuso de drogas, con formación en lineamientos científicos de enfoque psicosocial para la atención y en algunos casos la prevención. Hasta el año 2008 el sistema de salud no tenía una respuesta ordenada y pautada para los consumos problemáticos de drogas. No estaba contemplado en las metas prestacionales ni en los servicios que cubrían los prestadores de salud privados. A partir de esa fecha, con el Sistema Integrado de Salud, se dictamina que las mutualistas deben brindar ese servicio a sus usuarios.

Se puso en funcionamiento la línea de telefonía celular *1020 gratuita, disponible desde cualquiera de las tres compañías telefónicas con presencia en el país, facilitando la información y asesoramiento de los interesados. Se diseñó e implementó el dispositivo interinstitucional Ciudadela para el asesoramiento, orientación y tratamiento ambulatorio¹³ de usuarios problemáticos de drogas y sus referentes socioafectivos. A su vez, el mismo tiene la finalidad de coordinar y derivar a los centros de internación cuando la situación lo amerite. Se impulsó el proyecto Aleros como parte de los dispositivos de prevención y aproximación a la comunidad, recorriendo el territorio y acercándose los usuarios consumidores a los diversos servicios barriales.

Desde el año 2014 se implementa el dispositivo de proximidad denominado *Unidades Móviles de Atención* (UMA), móviles socio-sanitarios que brindan asistencia integral inmediata a través de personal especializado en la salud (médico, psicólogo, auxiliar de enfermería, educador y chofer) para el abordaje de situaciones de consumo problemático

¹³ Cabe destacar que la atención ambulatoria se realiza solamente en los dispositivos del interior del país. En el área metropolitana no es posible dada la alta demanda y la existencia de más recursos y centro de atención.

de drogas en personas de situación de calle. Este dispositivo montado sobre un vehículo especialmente adaptado recorre zonas del área metropolitana, actuando de consultorio ambulante, buscando minimizar los efectos no buscados del consumo de drogas y los posibles episodios de sobredosis y/o intoxicación aguda. El objetivo es que las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad y que no acceden a los centros de salud o puertas de emergencia por diversas razones accedan a una asistencia socio-sanitaria. Es un dispositivo de búsqueda y no de espera; las intervenciones se llevan a cabo en lugares que frecuentan los usuarios, con una estrategia de proximidad y participación de usuario, buscando generar confianza y adherencia vincular permitiendo abordar la situación del consumo de drogas desde una reducción de riesgos y daños.

En Uruguay se vienen desarrollando experiencias en RRDD aplicadas al campo de la prevención, en un inicio impulsadas desde la sociedad civil incorporándose a las políticas públicas desde el año 2002, consolidándose en el gobierno de José Mujica. A través de la Estrategia Nacional de Drogas 2011-2015 como parte de los lineamientos hacia los planes, programas y proyectos en el territorio, se plantea que *“el modelo de reducción de riesgos y daños ha demostrado su potencia a la hora de las intervenciones comunitarias, particularmente en poblaciones en situación de extrema vulnerabilidad social...”* (Dell’acqua. 2011:17).

El departamento de prevención de la JND es el área encargada de llevar a cabo las actividades y lineamientos socio educativos y comunitarios basados en la gestión de riesgos y daños. Si bien actualmente todas las estrategias se encuentran dentro del departamento, el programa precursor y del que se tomó como ejemplo de éxito fue *“Consumo cuidado”* de la ONG el Abrojo. Dicho fue programa creado e implementado desde el año 2003 por iniciativa del Abrojo en conjunto con Secretaría de Juventud de la Intendencia de Montevideo y Facultad de Psicología como socios. Tenía por objetivo promover una cultura de consumo responsable y cuidado en lugares destinados al disfrute del tiempo libre, a través de la participación y promoción de intervenciones socio educativas. Dado los exitosos resultados del programa, es que se incluye en la Estrategia Nacional de Drogas del período 2011-2015 como un programa de prevención con incidencia en todo el territorio uruguayo en colaboración con las Juntas Departamentales de Drogas, INAU, Ministerio del Interior y Unidad Nacional de Seguridad Vial.

Con el correr de los años, los programas si bien han cambiado de nombre, la esencia del consumo responsable a partir de una sociedad informada y consciente de los riesgos del abuso de sustancias se sigue manteniendo. El departamento de Prevención de la JND plantea tres componentes transversalizados; por un lado, la comunicación y difusión, la prevención y la asistencia o el área socio-sanitario.

Eventos Cuidados, es una estrategia de prevención y sensibilización comunitaria, tiene tres socios que son fundamentales para su quehacer; el control y la fiscalización por parte de INAU, Ministerio del Interior e Intendencias Departamentales desde un abordaje más cercano con un fuerte componente educativo donde la tarea principal es aportar información a la población sobre la modalidad de consumo responsable y saludable, sensibilizando sobre los posibles riesgos y daños que puedan ocasionar el consumo abusivo y no controlado sobre las drogas legales e ilegales.

Desde la fecha se han diseñado y desarrollado acciones e intervenciones sociales sobre gestión de los riesgos en contextos de consumo (festivales, boliches, carnavales, recitales masivos, entre otros), campañas de sensibilización pública, programas de dispensación responsable de alcohol, prevención comunitaria, educacional y ámbito laboral. Estos tipos de actividades desarrollan un conjunto de acciones sociales (adaptadas al contexto sociocultural y territorio) conjuntamente con actores locales e instituciones involucradas, promoviendo prácticas de autocuidado y cuidado del otro, permitiendo a cada uno dependiendo de su situación, sus condiciones y sus decisiones adoptar prácticas a través de vínculos más saludables. Se sustentan en el paradigma del aprendizaje social y en la promoción de la salud, desde el consumo responsable minimizando los posibles efectos no deseados o buscados cuando se consume sustancias psicoactivas.

Tomando a las fiestas como el espacio y tiempo de intervención de los programas, se propone impactar sobre la percepción de los riesgos y las conductas asociadas, desnaturalizando algunos hábitos impregnados y naturalizados en la cultura uruguaya sobre los diferentes usos de alcohol. Se interviene y acompaña en las fiestas y eventos más populares del país a través de actividades lúdicas, promoviendo mensajes de cuidado y gestión de riesgos y daños a través de promotores que recorren el evento, puestos de hidratación con dispensadores de agua y dispositivos socio-sanitarios (carpa de achique)

La carpa sanitaria llamada también “Carpa de Achique”, tiene como propósito brindar apoyo y asistencia primaria a situaciones de consumo de alto riesgo por intoxicaciones y excesos entre otros, en diferentes eventos y actividades de participación masiva en las que se combina actividades recreativas o musicales como consumo. Busca promover la atención sanitaria desde una perspectiva que se aleje de la discriminación y el prejuicio vinculado al uso de sustancias. El dispositivo consiste en una carpa de unos 4 mts² aprox. con camas y frazadas dentro con personal de enfermería, médicos y psicólogos para atender los consumos abusivos.

El riesgo de abusar de las drogas no es el mismo para todo el mundo, sino que está relacionado con la exposición a diferentes factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de que una persona determinada abuse de las drogas, y que reciben el nombre de factores de riesgo y factores de protección. Muchos de estos factores inciden sobre un amplio abanico de conductas problemáticas (consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo, accidentes, comportamientos violentos, descuido en hábitos de autocuidado, etc).

Por lo tanto, se busca no solamente aportar información a la población a través de folleterías, spot publicitarios e información sobre qué hacer en episodios de intoxicación aguda de sustancias tanto de uno mismo como de sus grupos de pares, sino también una línea socio sanitaria atendiendo las emergencias que se pueden suscitar ahí, por ejemplo, una intoxicación con alcohol o sobredosis de cocaína.

Se realizan spots publicitarios en fechas específicas tales como la campaña “*Verano Querido*”, apelando a gestionar adecuadamente los riesgos asociados a las actividades llevadas a cabo en la temporada de verano, como por ejemplo la prevención de siniestros de tránsito, el cuidado de la piel, el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, entre otros. Tiene por objetivo abordar las problemáticas desde una perspectiva amigable y empática, apelando a gestionar adecuadamente los riesgos asociados a las actividades desarrolladas en las temporadas estivales de concurrencia masiva (carnaval, verano y turismo). Se busca impulsar prácticas que incorporen cada vez más las dimensiones del lazo social; fortaleciendo las capacidades de auto regulación de los colectivos, apostando a las relaciones de proximidad y apoyo entre las personas, sean consumidoras o no de sustancias psicoactivas (González, V apud Dell’acqua. 2011).

Estas políticas trabajan desde una perspectiva de derechos humanos, con un posicionamiento pragmático y racional, alejándose del paradigma clásico con lema moralizador “Dile NO a las Drogas”. Por el contrario, se busca empoderar a la persona apuntando a fortalecerla respetando las decisiones individuales sin prejuicios o estigmatizaciones. Tal como detalla en la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas de 2016 *“Nueve de cada diez personas entre 15 y 65 años han probado alcohol alguna vez en la vida y siete de cada diez lo han consumido en los últimos 12 meses”*.

Las políticas de reducción de riesgos y daños es una estrategia que se posiciona desde el respeto de los derechos humanos, ya que la decisión de consumir una droga siempre es una elección personal tratando de abordar de manera eficiente los riesgos a través de la educación e información valedera y no moralizante. Como cierra el spot publicitario de “Verano Querido” 2017-2018:

“No te estoy diciendo que no agites, pero existe un equilibrio entre cuidarse y disfrutar. Cúdate, así podemos disfrutar juntos del verano querido”

Reflexiones finales:

El consumo de drogas es un problema social complejo que implica la articulación de diversos factores en lo que refiere a lo social, lo cultural, lo económico y lo educativo trascendiendo lo meramente sanitario y de seguridad pública.

Comprender, explicar e intervenir en el problema de drogas, requiere de políticas integrales y a la vez efectivas sobre los diversos tipos de consumos de distintas sustancias. Los consumos de sustancias tomaron distintas significaciones a lo largo de la historia por tanto abordar este tema requiere diferenciar el consumo experimental, el consumo habitual y el consumo problemático, así como trascender el status legal o ilegal de las sustancias. Se requiere centrar la mirada en las personas y sus entornos, impulsar prácticas que incorporen cada vez más las dimensiones sociales tanto individuales como socio-comunitario fortaleciendo las capacidades de auto regulación de los colectivos, apostando a relaciones de proximidad y apoyo entre las personas. No es posible problematizar el problema de drogas sin contextualizarlo.

El énfasis de las políticas sociales en la actualidad se basa en la prevención de los comportamientos de riesgos asociado al uso problemático de drogas desde distintos enfoques, entre los que la perspectiva de la promoción de la salud se debería constituir como uno de los más relevantes.

Las políticas públicas focalizadas en las drogas deben basarse en una sólida evidencia empírica y científica, apuntando al bienestar biofísico y psicosocial de sus individuos brindando herramientas que fomenten y promuevan los derechos humanos y las habilidades sociales, buscando estrategias que minimicen las inequidades sociales.

Como se planteó a lo largo del trabajo, la reducción de daños apunta a la disminución de las consecuencias negativas del uso de drogas, sin necesariamente buscar la supresión del consumo de éstas. Se debería pensar en implementar estrategias de intervención preventivas y educativas tales como campañas de información de las graduaciones alcohólicas y las mezclas de las mismas, enseñando a los jóvenes a consumir alcohol en forma moderada y razonable, así como también promover campañas en asociación con Clubes bailables para fomentar la entrada a horarios más tempranos, venta de bebidas y tragos sin alcohol en las barras, buscar promover el consumo de agua entre bebidas alcohólicas y otras estrategias a fin de evitar efectos no buscados en el

consumo de la sustancia, tales como las intoxicaciones, las pérdidas de conocimiento y las resacas al día siguiente. Todo ello puede enfocarse tanto a nivel individual como colectivo buscando el cuidado de pares en el consumo, generando líneas de acción preventivas que tengan como objetivo brindar herramientas prácticas a los jóvenes ante posibles episodios de intoxicación por alcohol (“¿qué hacer?”).

Implementar acciones interinstitucionales de actores locales y nacionales a la hora de generar instancias de concientización de manejo responsable a través de dispositivos de control de tránsito, así como promover instancias de empresas y actores de la esfera privada y organizaciones de la sociedad civil a fin de generar mayores adherencias y compromisos sociales, sería crucial promover una sociedad informada y activa en la desmitificación del mundo de las drogas. Es necesario llevar a cabo abordaje desde las políticas públicas, pero también desde la comunidad, ya que el consumo problemático de drogas representa uno más de los problemas que presenta la sociedad afectando a un elevado número de personas.

Lejos de hacerse una apología de las drogas, lo que se busca es generar conciencia y una conciencia crítica en las futuras generaciones, donde lejos de satanizar a las sustancias y volverla un ente absoluto, se pueda descentrar el eje de las sustancias para ponerlos en los sujetos y su vinculación con esta. Tal como expresa Dell’Acqua “*Al ofrecer a las personas herramientas para un consumo responsable, le permite cuidar su salud y evitar situaciones de enfermedad*” (Dell’Acqua, C. 2012:9).

Es necesario ser consciente que las drogas siempre han existido y seguirán existiendo, probablemente las personas van a seguir consumiendo a pesar de ser consciente de los riesgos que esa práctica puede ocasionarles a ellos mismas y a terceras personas. Una Sociedad informada en la temática, así como la implementación de políticas públicas sustentadas en evidencia científica, criterios objetivos y racionales, sin prejuicios y estigmatizaciones, permitirá participar activamente en los cambios y en la toma de decisiones sobre temas que afectan su vida y al país constituye un gran problema social en la actualidad.

Bibliografía

- **Abela, Jaime Andréu** (2002). *“Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada”*. Investigador Senior Fundación Centro Estudios Andaluces. Profesor Titular Departamento Sociología Universidad de Granada.
- **Bardazzano, Gianella.** (2012). *“Se presume culpable”*. En Aporte Universitario al Debate Nacional sobre Drogas. Montevideo
- **Batista, Cecilia** (2009). Seminario: Drogas y Narcotráfico. Aspectos sociales y políticos. Universidad Nacional de Rosario, Argentina. URL: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000426.pdf>
- **Carrasco, J.C** (1983). *“El exilio”*. Psicología Crítica Alternativa. Katholieke Universiteit te Leuven. Leuven
- **Comp. Agustín Lapetina** (2003). *“Drogas y políticas Públicas en el Uruguay de Hoy”*. Ed. Frontera
- **Del Olmo, Rosa** (1992). *“¿Prohibir o domesticar? Políticas de drogas en América Latina”*. Caracas, Venezuela.
- **Dell’Acqua, C. y Suanes, M.** (2011) (coordinadoras). *“La Gestión de Riesgos: un camino hacia el abordaje de la problemática de drogas”*. Montevideo, SND, s/d.
- **Escohatto, Antonio** (1998) *“La Historia General de las drogas”*. Alianza Editorial. Madrid, España.
- **Escohatto, Antonio** (2003). *“Toxicomanías”*. Artículo disponible en:
- **Fernández, S., Lapetina, A.** (2008). *“Contacto. Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el primer nivel de salud y otros contextos clínicos y comunitarios”*. Frontera Editorial, Montevideo
- **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.
- **Garat, Guillermo** (2015). *“El camino: Cómo se reguló el Cannabis en Uruguay según actores políticos y sociales”*. Junta Nacional de Drogas.
- **Giménez, Luis** (1998). *“La problemática del uso de drogas desde una mirada comunitaria”*. Montevideo s/d.
<http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/32/pr/pr32.pdf>

<http://www.escohotado.com/articulosdirectos/toxicomanias.htm>

<http://www.pensamientocomplejo.org/docs/files/Interdisciplina%20-%20Najmanovich.pdf>

http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html

<https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/1-construccic3b3n-social-de-laproblemc3a1tica-de-las-drogas2.pdf>

- **JND** (2016). *Estrategia Nacional para el abordaje del Problema Drogas 2016-2020*.
- **Junta Nacional de Drogas**. (2011). *“DROGAS: más información menos riesgos”*. Problema Drogas: Compromiso de Todos. 11a Edición. Presidencia de la República Oriental del Uruguay
- **Kaplan, Marcos**. (1993) *“El Narcotráfico latinoamericano y los derechos humanos”* Artículo disponible en:
- **Kornblit, A., Camarotti, A. y Di Leo, P.** (2011). *“Prevención del consumo problemático de drogas. Material de estudio. Módulo 1. La construcción social de la problemática de las drogas”*. Artículo disponible en:
- **Lapetina, Agustín** (2012). *“Políticas de gestión de riesgos y daños: Un marco general para la prevención del uso problemático de alcohol desde la promoción de salud”* Documento borrador
- **Mino, Annie** (1993). *“Evolution de la politique de soins en matière de toxicomanie: la reduction de risques”*. Geneve
- **Morin, Edgar** (2004). *“La epistemología de la complejidad”* en Revista Gazeta de Antropología N° 20, 2004 Texto 20, Artículo 02. Artículo disponible en:
- **Najmanovich, Denise**. *“Interdisciplina: Artes y riesgos del Arte Dialógico”*. Artículo disponible en:
- **Olivera, Gabriela** (2010). *“El involucramiento de los padres como factor de protección”*. SND, Uruguay
- **Palacios, Juan** (2003) *“Abstinencia vs. Reducción del Daño: ¿Lucha de antagonicos?”* En Curso Online Abordaje multidisciplinario sobre la

problemática del consumo de drogas. Ciclo de Profundización Marco Conceptual. SND 2010

- **Pastor, J.C. y López-Latorre, M.J.** (1993). “*Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una propuesta de clasificación*”. Anales de Psicología, 9, 19.30.
- **Pons, Xavier** (2008). “Modelos Interpretativos del consumo de drogas”. Artículo disponible en: https://www.uv.es/lisis/xavier/xp_art1.pdf
- **Riley, Dianne, O’hare, Pat.** (2001). “*Reducción de daños. Historia, definición y práctica*” en S. Inchaurrega, Drogas y políticas públicas: el modelo de reducción de daños. Buenos Aires. Ed. Espacio
- **SND** (2016) “*Sexta Encuesta Nacional en hogares sobre consumo de drogas*”. Observatorio Uruguayo de Drogas.
- **Suárez Cambón, Héctor.** (2011). “*Las Drogas desde el discurso teórico de la sociología de la desviación*”. En Curso Abordaje multidisciplinario sobre la problemática de las drogas, JND
- **Suárez, H. Ramirez, J. Keuroglian, L. Umpierrez, E.** (2006) “*Consumo de drogas: en busca de una nueva sensibilidad*” en Viajes Sintéticos: Estudios sobre uso de drogas de síntesis en el Uruguay contemporáneo. Montevideo, Uruguay.
- **Taroppio, Daniel.** (2002) “*Religión vs. Ciencia vs Nueva Era*”. Artículo publicado por la Revista Uno Mismo, edición enero 202.
- **Touzé, Graciela** (2006) “*Discursos, políticas y prácticas. Parte I*” en Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Intercambios Asociación Civil-Federación Internacional de Universidades Católicas. Buenos Aires, Argentina.
- **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.