

Base argumental de una Política Pública Nacional en materia de drogodependencia*

Por Claudio Mate

Claudio Mate es Licenciado en Psicología por la UBA, diplomado en Administración de Salud y Seguridad Social por la UNLP y candidato a Master en esta especialidad por el Instituto Universitario de la Fundación ISALUD. Cursó otras especializaciones en la Universidad Pompeu Favra, el Instituto de Salud de Madrid, el Centre Regional d'Information et Prevention du Sida et Adiction de París y la London School of Economics. Se desempeñó como jefe de proyectos en ISALUD, fue Director de Planificación Sanitaria de la Municipalidad de Lanús y Subsecretario de Atención de las Adicciones de la Provincia de Bs. As. Actualmente es Ministro de Salud de la Provincia de Bs. As.

1. Introducción

Esta tesis propone *construir la base argumental de una Política Pública Nacional en materia de drogodependencia*. Las adicciones expresan dramáticamente uno de los lados más oscuros de la sociedad de consumo. No son un fenómeno propio y distintivo de la lógica del mercado, pero sí su aberración. Un sistema de valores y de referencias que estimula por un lado los modelos de realización personal y social vinculados a la apropiación y que establece, de manera irreconciliable con sus propios fundamentos, una franja de bienes inaccesibles por cualquier vía a una demanda creciente y cada vez menos controlable. La misma axiología que fetichizó las mercancías, ha llevado a tiranizar un objeto inanimado como las drogas. La sociedad global debate actualmente sobre los criterios de actuación tutelar de los estados sobre la adicción a drogas, fundamentalmente sobre el temperamento jurídico y penal de dicha intervención. Este debate incluye opiniones de comunicadores sociales, artistas, intelectuales, economistas y la más variada gama de referentes de la vida social, sustentadores mas o menos autorizados de argumentos tanto a favor como en contra de la presencia del Estado. El sesgo legal de la controversia viene trazando un curso de diferenciación entre la legislación que afecta el consumo y la del tráfico de estupefacientes. Resulta de este debate un círculo amplio pero cerrado de opiniones que se polariza en un puñado empobrecido de opciones. Las adicciones imponen además a los estados, un inesperado conflicto de límites internos de intervención. La Seguridad Interior y la Salud Pública se disputan responsabilidades y jurisdicción sobre el adicto a las drogas

* La versión completa de esta tesis está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

y la propia sociedad discute si debe reclamar un Estado represor, un Estado terapéutico o ningún Estado frente al problema. Para el sistema social parece evidente que, en alguna parte entre los lamentos de la legalización liberal de las drogas y el heroísmo pacato de los conservadores que reclaman el rigor de las sentencias a prisión, una respuesta viable al problema debe existir. El consumo de sustancias ilegales impone la particularidad de que la epidemia es a la vez un delito y para la salud pública, el difícil desafío de una enfermedad que evoluciona en la clandestinidad. Ambas posiciones tienen su fuente de razón incommovible. Las drogas son, de un lado, un negocio multimillonario, un mercado en las sombras por el que transcurren 400.000 millones de dólares al año¹ y del otro, la secuela epidemiológica.

Desde el corazón de los valores occidentales se han comenzado a levantar poderosas corrientes, irreprochables en su ortodoxia, que se expresan dispuestas a combatir la mutilación de idealizadas libertades individuales. No resulta admisible que sus propios Estados liberales, en inocultable contradicción ideológica, decidan intervenir nada menos que sobre el deseo de consumo de los particulares. Sobre este razonamiento, no existe diferencia alguna entre el deseo de consumir drogas y el que mueve a las personas a consumir otro tipo de bienes. *“Deseamos drogas para mitigar nuestros dolores, curar nuestras enfermedades, acrecentar nuestra resistencia, cambiar nuestro ánimo, colocarnos en situación de dormir, o simplemente sentirnos mejor, de la misma manera que deseamos automóviles, bicicletas, camiones, tractores, escaleras, motosierras, esquís o hamacas”*². Los críticos de la prohibición sostienen con sólidos argumentos que la lógica penalizante se ha impuesto por circunstancias que eluden las propiedades íntimas de las sustancias prohibidas. El conocimiento médico, apenas puede sostener el delgado límite que separa jurídicamente a las sustancias prohibidas de otras habilitadas para el consumo. Aún las drogas lícitas, como la cafeína y nicotina, contienen el potencial para el abuso y la dependencia, para no extenderse en las propiedades tóxicas de un sinnúmero de sustancias de acceso público. Existen, por otra parte, drogas cuyo consumo está penalizado por las legislaciones internas de la mayoría de los países y no generan dependencia de ningún tipo, con excepción de una cuestionable dependencia psicológica no mayor a la de otros objetos de circulación libre en el mercado. Esta no es solamente una controversia ideológica o política. Cuando se asocia la drogadependencia a las drogas ilícitas, se niega una gran parte del problema en los márgenes de la tolerancia social, ya que se naturalizan prácticas “moderadas” y socialmente aceptables como ocurre, por ejemplo, con el

consumo de cerveza en los adolescentes o determinados fármacos en los ancianos. Lo cierto es que el uso de psicofármacos, así como la marihuana, la cocaína y otras sustancias psicoactivas ilícitas o no, se están transformando en verdaderas pautas culturales, con índices crecientes de incidencia entre los jóvenes y la población en edad económicamente activa, con consecuencias ingobernables de daños asociados y deterioro social que es necesario estimar. En gran medida, el cúmulo de las respuestas públicas organizadas desde los países industriales con el propósito de frenar el voraz avance de la epidemia adictiva denuncian, más allá de su ineficacia, la patética contradicción de sus principios.

Sin embargo, la lógica de la liberalización reconoce usinas dispersas. Expertos en materia de derecho, podrán discutir los procedimientos instrumentales y aún la pertinencia a un fuero o a otro y los beneficios en términos de disminución de la carga administrativa de los juzgados. Expertos en materia tributaria podrán discutir los beneficios de la liberalización en ingresos fiscales. Pero en materia sanitaria, ningún país del mundo puede mostrar resultados alentadores de la liberalización sobre los niveles de prevalencia del consumo. Sus logros son tan escasos como el de los penalizadores más rigurosos. Las sociedades son soberanas para determinar como vivir y como morir. Pero si deciden sobre su enfermedad y su muerte, no parece prudente argumentar desde otro sector que no sea el sanitario los hipotéticos resultados de la liberalización del consumo. La evolución del consumo de bebidas alcohólicas que hoy se observa, permite prever un escenario futuro en donde el número de casos de psicosis y depresión alcohólica que forman parte del paisaje urbano actual, se multiplicarán por diez y serán mucho más jóvenes las personas afectadas. Hoy está asociada al 40% de los accidentes que causan el mayor número de muertes entre los jóvenes. Aumenta el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual por el debilitamiento de medidas básicas de autocuidado y tiene una influencia creciente en el desenlace violento de los hechos delictivos. Quien considere que estos niveles son socialmente tolerables, no encontrará mayores obstáculos conceptuales para determinar que la marihuana y aún el resto de las drogas debieran gozar de la misma tolerancia social y jurídica que el alcohol. Es verdad que el estatus jurídico de las drogas modeliza el reclamo asistencial de sus usuarios. Pero también es cierto que los adictos al alcohol no concurren a los centros asistenciales no porque estén “estigmatizados” sino al contrario, por la tolerancia social que la propaganda y la cultura consumista han instalado en la gente, lo que aleja las posibilidades de autopercepción de la enfermedad. Las adicciones se han vuelto una epidemia que convive con una sociedad, que por un lado, tolera el consumo de alcohol y ta-

¹ PASQUINI G. y DE MIGUEL E. Blanca y radiante. Buenos Aires. Editorial Planeta. 1995.

² SZASZ T. Nuestro derecho a las drogas. Barcelona. Editorial Anagrama. 1993

baco, y por otro, condena y niega a los consumidores de drogas ilegales y quiere sacárselos de encima.

El concepto de “tolerancia” en drogadependencia, no solo refiere al acostumbamiento metabólico a los efectos de un tóxico sobre el organismo, es también la tolerancia social hacia el comportamiento. Es decir, la indiferencia creciente que desarrolla una sociedad frente a prácticas de consumo que implican el perjuicio de las personas. Una parte que no llama la atención porque está sumergida dentro de esa la tolerancia social en la que se juega la alarma y la prevención. Y la tolerancia se convierte en todo aquello que de alguna manera es socialmente aceptado, resignadamente, porque se ha instalado la idea de que no puede ser modificado. El pensamiento liberal en drogas inculca también el estrato individualista de pensar que drogarse es un acto privadísimo de las personas, y con ello, que es un problema de otros. La drogadependencia es una sociopatología de responsabilidad colectiva, la adicción no es un estigma culpabilizante de una sola persona; es algo que les pasa a las sociedades. La respuesta más eficaz es entonces la que se organiza de manera solidaria y colectiva, la que logra que el resto de la comunidad también se haga cargo.

2. Metodología

Esta tesis es fundamentalmente una investigación teórica que parte de un consolidado de perspectivas y modelos comparados, cuyas fuentes de datos se hallan en el análisis de documentos, bibliografía y evidencia internacional sobre aspectos filosóficos, jurídicos y económicos, hasta los más específicos clínicos y epidemiológicos. A través de ellos se propone una contrastación sustentable que permita definir un modelo lógico de intervención estatal. Conforme a los objetivos planteados se propone analizar comparativamente la forma en que distintos países han abordado el problema de la droga, incluyendo las estrategias que se han definido, las políticas aplicadas, los programas específicos desarrollados en distintos ámbitos y los resultados obtenidos. Los países considerados en el estudio son principalmente Canadá, España, Estados Unidos, Países Bajos y Reino Unido y han sido elegidos por ser un conjunto suficientemente heterogéneo como para cubrir los distintos modelos de prevención y control que se aplican en occidente. Estados Unidos y los Países Bajos representan los enfoques extremos; el primero, asumiéndose como abanderados de la “*guerra contra las drogas*”, y el segundo, con el enfoque de “*reducción de daños*”. España, Canadá y Reino Unido mantienen una posición intermedia, incorporando tanto esfuerzos para erradicar el consumo de drogas como para disminuir los riesgos que trae aparejada su utilización. Los resultados, serán establecidos sobre la base de los estudios de prevalencia de

consumo de drogas y alcohol producidos por los propios países seleccionados y por el último Reporte Mundial sobre Drogas publicado por las Naciones Unidas.

3. La situación en la Argentina: un abordaje desde la Salud Pública

El presente trabajo, recorre su enfoque, desde una perspectiva sanitaria, partiendo de la hipótesis de que si la Salud Pública se propone actuar eficazmente en el terreno de la drogadependencia, deberá demostrar entonces de manera fehaciente —es decir apartando las condenas morales de la evidencia científica— que existe un daño y un riesgo y que puede ganarse además, el consenso en la sociedad sobre la autoridad y capacidad del sector como eje vertebrador de la respuesta social organizada. Sobre esta base, es preciso considerar que desde el sector, los alcances del fenómeno no han podido ser debidamente dimensionados, en gran medida por la tipificación legal que transforma a la enfermedad en conducta punible, asignándole atributos especiales frente a cualquier otra epidemia. En este último aspecto, resulta difícil imaginar un buen programa nacional contra el mal de Chagas o de prevención del cólera si se desconoce cuántos enfermos existen, dónde y como viven, a quiénes afecta la enfermedad, qué edades absorben el mayor riesgo, qué sexos, cómo se origina o cómo se transmite. En drogas, la planificación de los servicios sanitarios debe actuar en las tinieblas, suponiendo, con más prejuicios que epidemiología, que los adictos son muchos, son jóvenes, son pobres y viven concentrados en las áreas urbanas. Este es el escenario actual de la “Lucha contra las Drogas”, una guerra contra un enemigo prácticamente invisible que parece convertirse en una guerra contra un enemigo prácticamente invencible.

En este contexto, la salud pública no ha incorporado un abordaje abarcativo en lo que hace al uso indebido de sustancias, acotando su intervención a los emergentes obvios del fenómeno. No se han establecido lineamientos programáticos que incluyan la prevención en sus distintas fases y el soporte técnico-operativo que permita un funcionamiento efectivo del sistema, esto es, la inclusión de la temática en la red sociosanitaria, el armado de un sistema de información para la vigilancia epidemiológica, la instrumentación de estrategias de detección precoz e intervención oportuna, etc.

Ante el hecho consumado, el sistema de salud responde con la complejidad disponible, sin profundizar en los aspectos que hacen a la conformación íntima de la enfermedad ni a las condiciones de su diseminación. Hasta ahora, la salud pública no ha terminado de saldar la histocompatibilidad con el fenómeno de la drogadependencia, mientras, según datos de las OMS, problemas de salud como el al-

coholismo han adquirido proporciones endémicas en toda América Latina y el abuso de drogas ilegales tiene características de epidemia desde hace más de una década. El consumo de drogas legales y el de las ilegales, que en muchos casos constituyen la continuidad de un mismo proceso, comienza a constituirse en la principal causa directa o indirecta de muertes y demanda asistencial, cuestión que no siempre queda claramente develada. Por ejemplo, no es una cuestión menor para la salud pública establecer una definición que delimite claramente el área de responsabilidad y de competencia sobre las adicciones. De esta definición depende quién se hará cargo del problema desde el aparato estatal. Resolver primariamente si las adicciones son o no una enfermedad, puede dejar a los servicios sanitarios fuera de la discusión y de la acción.

Para nuestro país, la definición sobre una intervención eficaz de las políticas públicas adquiere relevancia y sobrada justificación si se considera que **el consumo de drogas y sus daños asociados constituyen una de los principales factores de años de vida potencialmente perdidos en Argentina**. Solo en la provincia de Buenos Aires, donde se cuenta con datos más precisos, hay medio millón de personas de entre 15 y 65 años que consumen actualmente sustancias ilegales. Más de dos millones presentan episodios regulares de abuso de bebidas alcohólicas y la quinta parte son menores de edad. Esto supone que la tercera parte de la población mayor de 15 años padece alguna adicción compulsiva a sustancias tóxicas³. Por encima de las encefalopatías, trastornos cardíacos y otras complicaciones clínicas directamente causadas por la toxicidad de las sustancias, las adicciones se asocian con el 40% de las 2.500 muertes producidas en accidentes de tránsito en esta provincia, el 78% de ellos protagonizados por jóvenes de 17 a 24 años. El alcohol y las drogas constituyen la vía de contagio de mayor crecimiento en las enfermedades infecciosas y degradan de manera irreversible facultades intelectuales básicas.

- **El alcohol como desinhibidor** de conductas reñidas con la ley se halla presente en el 25% de las detenciones por delitos contra la propiedad y contra terceros. Está presente en el 80% de los pacientes ingresados a las guardias hospitalarias con heridas de arma blanca o de fuego.
- **El consumo de drogas tiene un alto costo social:** Además de los trastornos personales que provoca el consumo de drogas a quienes se ven afectados por este problema en forma directa, existe una serie de costos asociados para el país. Éstos se reflejan

en recursos policiales abocados a la contención de este fenómeno, recursos judiciales y penitenciarios utilizados para sancionar a las personas involucradas en ilícitos relacionados con sustancias ilegales, recursos para financiar programas de prevención, recursos sanitarios para prestar atención a las personas que requieren asistencia para dejar de consumir drogas, o que se encuentran enfermas como producto de su adicción, etc.

En definitiva, este trabajo busca una aproximación a los componentes básicos y fundamentales a tener en cuenta para el diseño y formulación de intervenciones eficaces en materia de drogadependencia, a introducir el debate sobre el rol adecuado que debe asumir el Estado al momento de intervenir sobre la cuestión de las drogas y, por último, cuáles son las herramientas que provee la salud pública para la formulación de un modelo de atención efectivo y eficaz de abordaje e intervención. En nuestro país, esta indefinición diluye las respuestas organizadas del Estado, que se debate errático en introducir la cuestión de las drogas a veces como un problema de seguridad interior y ocasionalmente como un desafío para la salud pública. Aún dentro de este último sector, la correspondencia de las responsabilidades no encuentra acuerdos ni consensos. Para algunos, la mayor parte de los casos son derivados a los servicios médicos, para otros al servicio social, al de psicopatología o incluso al de gastroenterología, sin revelar ningún resultado alentador. La última palabra estará probablemente, lejos de las discusiones académicas o científicas, en el consenso social que se teja en torno al concepto de las adicciones. Por el momento, y desanimando las pretensiones hegemónicas del sector salud, la opinión generalizada relativiza la competencia de la atención médica sobre el problema de las drogas⁴. Lo que la gente crea sobre las drogas es una forma anticipada de conocer en quién confía. Si la salud pública no mejora su presencia y fundamentalmente su eficacia frente a la causa de muertes evitables más expandida que se conoce, se mantendrá probablemente más alejada del problema que la policía, los sacerdotes o los magos.

4. Lineamientos para una Política Nacional de Drogadependencia

La tesis propone delinear un conjunto de componentes que resultarían recomendables en el diseño de una Política Nacional de Drogadependencia para la Argentina. El ordenamiento y la descripción

³ Estudio epidemiológico en hogares sobre el consumo de sustancias adictivas. Provincia de Buenos Aires 2003. Subsecretaría de atención a las adicciones. Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires.

⁴ Sondeos llevados a cabo por la Fundación Isalud en distintas provincias argentinas, revelan en la gente una construcción compleja del término. De acuerdo con el ejercicio

del que participaron más de 600 promotores sanitarios que actúan en barrios periféricos de San Salvador de Jujuy, Santa Fe, Posadas y Córdoba, la representación de las adicciones no expresa para las comunidades en las que actúan, una asociación pura con el concepto de enfermedad, y este es aquí el término clave. Para la mayoría, el consumo de sustancias psicoactivas es un "vicio", un "mal hábito", un "delito" un tipo particular de ingesta y en algún caso una "enfermedad del espíritu".

de cada uno de las recomendaciones se promueven sobre la base de los conceptos y la experiencia internacional analizada a lo largo de este trabajo y fundamentalmente de la consolidación de tres años de gestión en la Provincia de Buenos Aires. La propuesta se basa en la reforma de los marcos normativo y organizacional del sistema. En la primera parte, se promueve la revisión de la Ley de Estupefacientes, los lineamientos de una ley marco para el funcionamiento integral del sistema, un mecanismo legal para la recuperación de los costos asistenciales y un nuevo marco regulatorio sobre la publicidad y comercialización de bebidas alcohólicas y de tabaco. En la segunda parte se propone una reestructuración organizativa que diferencie instrumentalmente las políticas de control y la sanitaria, definiendo y desarrollando los objetivos generales de ésta última: el aumento de los factores de protección y el aumento de los niveles de cobertura asistencial. Por el énfasis puesto en la necesidad de avanzar sobre evidencias y datos verificables, cobra importancia la consolidación del Observatorio Nacional de Drogadependencia, que nutra al sistema de la información básica para la toma de decisiones y el monitoreo permanente de los resultados obtenidos.

Por otro lado, la propuesta se centra sólo en las recomendaciones sobre políticas sanitarias, reconociendo que la eficacia de las mismas está ligada al éxito de las políticas de persecución criminal de la oferta. Aunque se hacen referencias en este texto a las decisiones que algunos países han adoptado en materia de control e incluso se

promueven modificaciones y reformas al marco normativo de la Argentina, este no es un tratado de narcocriminalidad. Como guía visual de la propuesta se presenta en el cuadro 1 un resumen en el que se enumeran los objetivos generales, los ámbitos de aplicación y las acciones recomendadas.

No es un manual del éxito ni mucho menos. Ninguna experiencia en el mundo, como se ha visto, está en condiciones de producirlo. Es apenas una identificación de los principales huecos y urgencias que nuestro país tiene y una visión tentativa de cómo comenzar a actuar sobre ellas, recuperando para el Estado su función indelegable de ofrecer una respuesta integral de prevención y asistencia a la drogadependencia, contando con una tecnología social y sanitaria participativa y una red de servicios caracterizada por la calidad, la eficiencia, la flexibilidad y la innovación, guiada en su conjunto, por los principios de equidad y responsabilidad solidaria.

4.1 La vigilancia epidemiológica como componente basal de la propuesta

Una medida basal de la Estrategia Nacional de Drogas es el establecimiento de una estructura de vigilancia epidemiológica para la recolección y difusión sistemática de información. La disponibilidad de información epidemiológica es indispensable para planificar progra-

Cuadro 1

OBSERVATORIO		
Definición de Prioridades		Evaluación de resultados
Objetivos Generales	Ámbitos de Aplicación	Acciones
Aumentar los Factores de Protección	Normativo	Reforma de la ley 23.737 (Desfederalización) Ley del Sistema Nacional de Atención Ley de restricciones a la oferta y publicidad de alcohol y tabaco
	Institucional	Intersectorialidad Prevención en Escuelas Plan de Comunicación Prevención en el Trabajo Prevención de los daños asociados
	Comunitario	Fortalecimiento de las redes sociales Voluntariado
Aumentar la cobertura	Servicios de salud	Fortalecimiento de los servicios asistenciales Diversificación de dispositivos Procesos innovadores de gestión Prestadores no gubernamentales Atención telefónica
	Recursos extrasectoriales	Recupero de costos asistenciales Grupos de Autoayuda Visibilidad de los servicios

mas e investigar sobre los resultados de las acciones programadas. La complejidad de los problemas del abuso de alcohol y el uso de drogas, así como su permanente dinamismo, exigen respuestas precisas y oportunas sólo posibles desde una plataforma de información suficiente para la toma de decisiones.

Un **Observatorio Nacional** enclavado en un proceso continuo de acciones multisectoriales e interdisciplinarias es la herramienta más recomendable para la vigilancia epidemiológica del uso de sustancias adictivas. El consumo de drogas al ser una conducta ilegal o mal vista, deviene en que sus manifestaciones se hallen parcialmente ocultas, con difícil acceso, conocimiento y medición. No será posible realizar una valoración del mismo ateniéndose únicamente a los métodos convencionales como encuestas o censos, ya que la información que nos proporciona, aunque útil, es incompleta. Cuando un suceso es difícil de medir, como es el consumo de drogas, pueden utilizarse sucesos que se asume están relacionados con él. Debe recurrirse a otros métodos y fuentes de información menos convencionales que se generan desde registros policiales, judiciales, sanitarios, etc. pero que proporcionarán datos que no aportan los anteriores.

El objetivo de su creación debiera ser identificar la magnitud y cambios de los patrones de consumo de sustancias adictivas y de nuevas drogas emergentes y su función la de conocer, analizar y hacer un seguimiento de todos los aspectos relacionados con oferta, consumo, implicaciones sanitarias, policiales, sociales, etc., que componen el problema de las drogas, tanto legales como ilegales. Esta visión global y actualizada es fundamental para la toma de decisiones y la aplicación de políticas. Al Observatorio Nacional de Drogas (OND) podrían asignársele las siguientes funciones:

- Ofrecer información objetiva, actualizada y global de la situación del fenómeno de las drogadependencias en el ámbito local e internacional.
- Detectar los cambios producidos en el fenómeno, analizar su evolución espaciotemporal e informar acerca de los mismos.
- Conocer las características sociodemográficas de los consumidores e identificar factores y poblaciones de riesgo.
- Conocer y cuantificar las diferentes consecuencias que tiene el abuso de drogas legales e ilegales.
- Analizar la percepción social sobre aspectos relacionados con las drogas: peligrosidad, actitudes, motivaciones, lugares de consumo, disponibilidad, etc.
- Estructurar una base de datos que permita la elaboración de estudios en profundidad y la contrastación de hipótesis.
- Proporcionar información que sirva de ayuda para el diseño y eva-

luación de políticas y actuaciones en materia de drogadependencia.

- Recoger mediante indicadores la información que, de forma directa o indirecta, pueda dar cuenta de la oferta y consumo de drogas, así como de los factores asociados a ambos fenómenos, respetando las disposiciones relativas a la protección de la confidencialidad existente.
- Analizar la información obtenida, estudiando las nuevas tendencias así como los cambios que se vayan produciendo tanto en el consumo como en los factores asociados.
- Organizar reuniones de expertos y crear, si fuera necesario, grupos de trabajo.
- Buscar la participación de las diversas Fuentes o Centros de Información en el país. En base a ellas, recoger, analizar y estandarizar la información que se considere relevante para los objetivos del OND.
- Estudiar y aplicar la metodología más actualizada y fiable para la captación de información, basándose en el consenso entre los diversos Centros Informantes y el estímulo para la adopción de criterios y protocolos comunes para la captura de información. Todo con el propósito de que la misma información sea registrada de la misma forma por los diferentes organismos involucrados, para poder ser realizada y comparada entre si y a lo largo de los años.
- Constituir un fondo documental científico e impulsar las actividades de información.
- Asesorar a los diferentes Centros emisores de Información, Instituciones, Departamentos y Organismos, que colaboren o puedan colaborar con el OND.
- Facilitar el intercambio de información entre las diferentes autoridades encargadas de la toma de decisiones, los investigadores, los profesionales y los principales intervinientes en el tratamiento del consumo de drogas y factores asociados al mismo.
- Garantizar la amplia difusión de información no confidencial en materia de consumo de drogas y factores asociados.

Como se ha señalado varias veces a lo largo de este trabajo, la incidencia de las toxicomanías es difícil de ser dimensionada, entre otras causas por que la mayoría de las drogas son ilegales, salvo el alcohol, el tabaco y algunos psicofármacos. Esto dificulta su estudio puesto que resulta poco frecuente que el consumo o la venta sean reconocidos por sus actores, en consecuencia la distinta situación legal de las diferentes sustancias obliga a utilizar métodos de medición diferentes. Por otro lado no todas las sustancias tienen los mismos efectos ni el mismo grado de toxicidad, por lo que alrededor de cada sustancia se conforman diferentes tipos de usuarios y diferentes estereotipos sociales. En la medida que una sustancia presenta una imagen estigmatizada resulta muy difícil

que sus usuarios reconozcan su consumo. Algunas personas que tienen relación con las drogas, especialmente ilegales, se comportan de una forma socialmente inaceptada o delictiva, lo que dificulta el acercamiento al fenómeno. El consumo de algunas drogas se introduce en submundos marginados, ocultos y difícilmente localizables por los métodos de investigación social más extendidos. Algunos consumos de drogas son prácticamente desconocidos por la población general.

El Observatorio Nacional de Drogas deberá incorporar un adecuado sistema de indicadores que, asumiendo sus limitaciones para reflejar total y exhaustivamente todas las dimensiones del fenómeno, permitan realizar estimaciones sobre su amplitud, consecuencias y cambios a lo largo del tiempo. Los principales indicadores sugeridos para ofrecer una imagen coherente y amplia sobre el consumo de drogas, son los siguientes: Indicadores Sociológicos; Indicadores de tratamientos; Indicadores sanitarios; Indicadores de mortalidad; Indicadores policiales, penitenciarios y judiciales.

5. Conclusiones

La desaceleración en la franja de nuevos consumidores de la droga emblemática de los años ochenta, la heroína, dio paso a nuevas sustancias como el éxtasis y otras drogas sintéticas que se ganaron la preferencia de los más jóvenes. Los que pudieron pensar la evolución de la drogadependencia más allá de la droga, también advierten un fenómeno expansivo que trastocó la lírica representación de la adicción imbecilmente inscrita como un comportamiento contracultural y exclusivo de jóvenes auto marginados de las clases media y alta de origen. El escenario actual compromete a esferas mucho más amplias de la población, con adolescentes relativamente normalizados en otras áreas de su vida. En homenaje a la hipótesis inicial de este trabajo, puede corroborarse a lo largo del mismo, no solo la existencia de un daño y un riesgo a la salud pública, sino que la escala actual de ese daño convierte al consumo de drogas en el comportamiento con mayor carga de *moribundidad evitable* con que la humanidad ha ingresado al siglo XXI. Sobre el consenso y la legitimidad de la salud pública como eje vertebrador de la respuesta social, éste queda ligado a la representación colectiva del fenómeno como una sociopatía, y al carácter del bien tutelado que moviliza los recursos públicos y legítima su intervención. Como se ha visto, la debilidad de las respuestas organizadas desde los países de América Latina, Asia o África, en gran parte limitadas por su sumisión a políticas hemisféricas, los ha convertido en mercados altamente penetrables para la oferta de tabaco, alcohol y de drogas ilegales, incluso de aquellas que por su nocividad son impensables en Europa o los

Estados Unidos. El derrame tóxico sobre nuestros países se produce sobre una escala de pauperización generalizada que afecta especialmente a jóvenes y niños.

En este marco, las dos estrategias arquetípicas dispuestas desde las usinas de los países industrializados apenas disimulan que la epidemia es la parte inconfesable de su progreso. De un lado, la guerra contra las drogas más que una guerra compleja es una guerra inútil y no solo porque las drogas han existido siempre a lo largo de la historia. Del otro lado la intervención del Estado Terapéutico solo puede ser cuestionada en la fantasía de Robinson Crusoe, y solo hasta que Daniel Defoe no incorpore a Viernes al relato. Es allí donde la primacía del derecho individual y la propiedad del cuerpo deben dirimirse en un terreno más complejo que el observado en la naturaleza jurídica liberal. La obsesión por encontrar algo contra qué pelearse, a saber: las *drogas*, en las sociedades que pretenden quedar libre de ellas y el *Estado*, en las que pretenden reducir sus daños, parte más del espíritu de conquista del hombre occidental, que necesita de un enemigo para ser, que de un dato objetivo de la enfermedad masificada. En esta matriz de operación de los discursos, vuelven a confundirse izquierdas y derechas. El progresismo septentrional contamina a las izquierdas colonizadas que se embanderan una vez más con los colores de la misma ideología que creen combatir. El mismo concepto de la relación entre el Estado y la Sociedad que arroja diez millones de personas por año a la miseria y que arrasa con los recursos naturales del planeta es sostenido por el vanguardismo intelectual que se convence a sí mismo de estar librando una guerra contestataria contra la intromisión de lo público en el acto individual de drogarse. Si existe un deseo irrefrenable de encontrar un enemigo, ese enemigo es el patrón social y cultural que ha convertido al consumo de drogas en epidemia y no todos los países están dispuestos a asumirlo.

El papel de la cultura en el modelaje de la conducta es una de las claves a interpretar para sentar las bases de una respuesta oportuna y, en especial, pertinente. Por ella transitan los verdaderos factores determinantes del riesgo o productores de daño antes que la dependencia y la incapacidad se instalen. Solo en esta instancia se puede entonces asegurar que los métodos de prevención sean compatibles con la realidad sanitaria y sociocultural de la comunidad. Por efectos de la globalización, el consumo es hoy el vértice de nuestra cultura y la salud adquiere un inesperado rol de contracultura, a punto tal que ya hay países en los cuales los ministerios de salud ya se llaman de consumo. En todas partes la salud pública interviene con mayor o menor protagonismo en las definiciones que encuadran todo lo que se vuelca en el mercado para el consumo. Así, hay productos cuyo consumo puede ser promovido, otros simple-

mente autorizados, otros regulados y otros prohibidos, en función de los beneficios o del daño que la evidencia sanitaria haya demostrado fehacientemente que producen. La determinación sobre penalizaciones o despenalizaciones del consumo, tenencia y comercialización de las drogas que tanto preocupa en la actualidad, solo puede abordarse en este contexto. Todos los países muestran prioridades de persecución con respecto a las sustancias y algún tipo de clasificación que se actualiza a medida que se avanza en la evidencia científica.

En la Argentina esta primera definición soberana todavía no ha sido adoptada y, en línea con el concepto vertical de que los consumidores locales solo son datos útiles para atrapar a las bandas tres minutos antes de que exporten drogas hacia mercados centrales, la salud se subordina al control y la seguridad interior. La salud pública debe exigir sobre la base de conocimientos serios y probados que la misión de ambos institutos del Estado no genere en la práctica una superposición de ejercicios contrapuestos. La ilusión de una respuesta conjunta y coordinada entre el aparato de seguridad interior de los países y sus sistemas sanitarios, es en el marco actual, inefectiva e insostenible. Aunque tenga forzadas expresiones en las estructuras de gobierno como una Secretaría que fusione la Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, quienes han conocido este ensayo saben que ambas respuestas no se sintetizan ni en la organización interna de sus funciones ni en la ejecución de políticas instrumentales. Para comprometerse con la verdadera dimensión epidemiológica de las drogas, la salud pública debe ante todo presentarse como una oferta confiable y eficaz y para ello debe desdoblarse el Estado en su respuesta ante la enfermedad y ante el delito. El adicto no pide ayuda al policía por la misma razón por la que cualquier persona no buscaría en las páginas amarillas un experto en demoliciones para construir su nueva casa.

Para ponerse a la altura de esta demanda, también la organización actual de la atención sanitaria necesita revisar algunos de los conceptos que la inspiran. En la aplicación de políticas instrumentales referidas a la prevención o al tratamiento de las adicciones, resulta usual en nuestro medio el abordaje de la enfermedad como producto de procesos fisiológicos o como resultado de conflictos interpersonales. Sobre la premisa, más o menos explícita, de que la adicción a drogas es un síntoma individual que pesa sobre la persona como resultado constitutivo de su subjetividad, se ha venido montando un andamiaje de intervención, tanto en el interior de los organismos de atención y tratamiento de pacientes adictos como en la formulación de programas específicos. De esta manera cada adicción queda traducida en un proceso único y no gobernable, don-

de el consumidor se victimiza en una serie de acontecimientos inobservables e individuales.

Detrás del objetivo general de esta tesis, que ha sido construir la base argumental de una política nacional, se han delineado un conjunto de recomendaciones ordenadas bajo un enfoque sanitario, advirtiendo que éste deberá ser permeable a un concepto integral de la salud, capaz de comprender más allá del hecho individual, la convivencia con bajos niveles de conflicto que mantienen ciertas culturas con el abuso del alcohol y el uso de drogas. Una interpretación de los datos como hechos periféricos dejaría sin explicación tanto la presencia de factores definidos en lo social para el consumo, como la inexistencia de una reprobación cultural concreta y específica cuando éste ocurre. Se trata aquí de patrones socioculturales que cuentan con un nivel de aceptación social determinado, dentro de las reglas que algunos grupos asumen, o en el mejor de los casos, dispensan como parte de un estilo de vida, participen o no del consumo.

Para nuestros países, como se ha expuesto, la epidemia adictiva adquiere una dimensión difícilmente reconocida en el hemisferio norte. El derrame tóxico sobre la pobreza, la cristaliza. Un joven mal alimentado durante los primeros cinco años de su vida, que no ha provisto a la maduración de su sistema nervioso de los nutrientes básicos indispensables para su desarrollo, que a los 8 años comienza a agredir esa estructura neurológica ya debilitada con solventes y pegamentos, a los 11 con alcohol y a los 14 con marihuana, es muy probable que ya no haya educación que lo salve, por el simple hecho de que no existe base orgánica que la absorba. No se puede declamar la *igualdad de oportunidades* cuando la oportunidad básica, la biológica, ha sido cercenada por lesiones irreversibles. El concepto capaz de quebrar ese patrón que parece inexorable es entonces la *equidad*; y la salud en los países relegados debe ser la locomotora de la equidad, capaz de igualar las oportunidades de su gente. Entre éstos, la reducción de los daños es indivisible de la reducción del consumo.

La salud pública debe asumir ese rol, pero debe entender que equidad es mucho más que el concepto materialista de Justicia en el acceso al consumo de bienes y de servicios. Es establecer un nuevo orden cultural en la relación del hombre con su entorno y la naturaleza, que no se realice por la vía del consumo sino por un canal más ligado a lo humano, a lo solidario. La conceptualización de la salud como un fenómeno eminentemente colectivo, cuyos determinantes están asociados al entorno social, político, económico, histórico y cultural, lleva a reconocer la necesidad de involucrar a los distintos actores sociales en la producción de mejores condiciones de salud para la población, la que también asume un rol activo en este proceso. Entonces, la respuesta social frente a la drogadependencia será mucho más que una política, será una Causa.