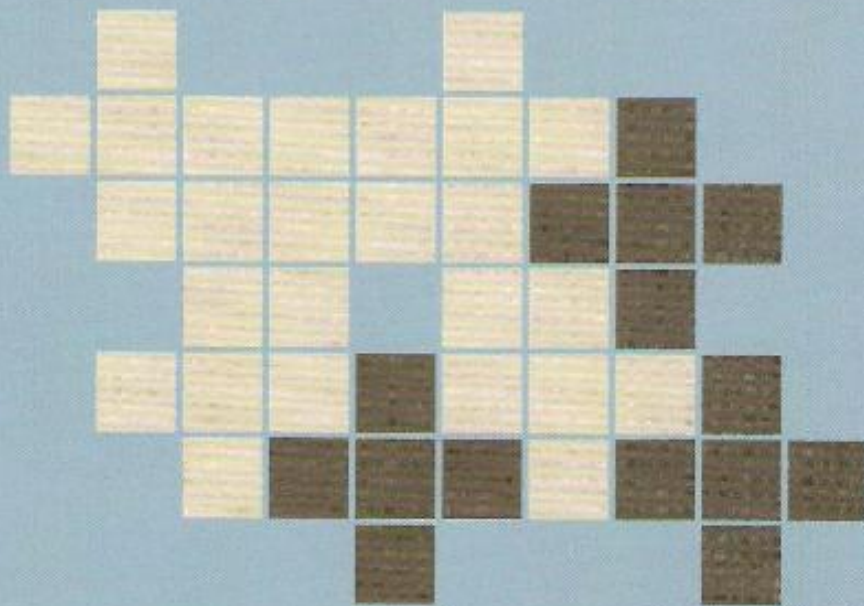


Laboratorio Internacional  
Universitario de Estudios Sociales  
Serie América Latina N°

# SABERES Y PRÁCTICAS SOBRE DROGAS

## EL CASO DE LA PASTA BASE DE COCAÍNA



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



Federación Internacional de  
Universidades Católicas

Touzé, Graciela

Saberes y prácticas sobre drogas : el caso de la pasta base de cocaína -  
1a ed. - Buenos Aires : Intercambios Asociación Civil: Federación  
Internacional de Universidades Católicas, 2006.

192 p. ; 24x17 cm.

ISBN 987-98893-3-9

1. Drogas. I. Título  
CDD 394.14

Fecha de catalogación: 26/12/2006

Autor: Graciela Touzé (Organizadora)  
Edición al cuidado de: Silvina García Guevara  
Diseño gráfico y diagramación: Manuel Ressia

Intercambios Asociación Civil  
Corrientes 2548 1º E (1046) Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC)  
21 rue d'Assas, 75270 París, Cedex 06 Francia

ISBN-10: 987-98893-3-9  
ISBN-13: 978-987-98893-3-6

Primera edición  
1.000 ejemplares impresos  
© Intercambios Asociación Civil - Federación Internacional de Universidades Católicas, 2006.  
Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Libro de edición argentina

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



Parte I

---

# Discursos, políticas y prácticas

GRACIELA TOUZÉ

El lugar que una sociedad concede a las drogas,  
la percepción que tiene de ellas,  
la manera como tolera algunas y excluye a otras,  
se deben primero a su propio funcionamiento,  
a la manera como se representa como **sociedad**,  
y finalmente a las relaciones que las **drogas**  
mantienen con el imaginario social.

**Joao Fatela**

## Capítulo 1

# Entre la cura y el control

El uso de drogas se presenta como una trama compleja de representaciones y prácticas en donde se articulan procesos sociales, económicos, políticos, ideológicos y culturales. Se constituye en un problema cuyos efectos implican el refuerzo de procesos de normatización y disciplinamiento social y, consecuentemente, de estigmatización y discriminación de grupos sociales. Esto se expresa en una política con una dirección claramente criminalizadora que define la actitud social frente a los afectados y contribuye a construir el tipo de comportamiento adoptado por dicha población. A los usuarios de drogas se los inscribe socialmente en un proceso que entrecruza dos lógicas: la sanitaria, de cura, y la punitiva, de control.

La percepción social dominante encadena conceptualmente droga-sida-delito-inseguridad ciudadana y legitima mecanismos coercitivos de control encarados tanto desde el Estado (represión penal) como inscriptos en la vida cotidiana formando parte de las *representaciones sociales*.<sup>1</sup> Encuentran así justificación prácticas discriminatorias y estigmatizantes claramente violatorias de los derechos de las personas. En este caso, de los usuarios de drogas.

### 1.1. Medicalización y control

Durante el siglo veinte, un número cada vez mayor de situaciones que antes no eran definidas como "problemas médicos" han ingresado en su jurisdicción. Ivan Illich (1978) calificó este fenómeno como "medicalización de la vida". Este proceso de medicalización tiene consecuencias en las formas de definir, interpretar y tratar/resolver los hechos de los que se ocupa.

Si bien esto remite a un amplio espectro de acontecimientos, tales como el embarazo y el parto, las normas de crianza de los niños, etc., nos centraremos en la *medicalización de la anormalidad*, es decir en "la definición y la etiquetación del comportamiento anormal como problema médico, como enferme-

---

<sup>1</sup> Por representación social entendemos la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar (dar sentido). Estas abarcan el conjunto de nociones, categorizaciones y prescripciones que dan sentido y modelan las características de las prácticas sociales (Grimberg, 1995).



dad, que obliga a la clase médica a aportar algún tipo de tratamiento" (Conrad, 1982: 130). Simultáneamente, se observa una creciente utilización de la medicina como agente de control social.

Un análisis del concepto de medicalización requiere referirnos a dos conceptos: la construcción social de la enfermedad y la relación entre enfermedad y anormalidad. Podemos reconocer diversos enfoques en la conceptualización de la enfermedad: el concepto positivista, que define a la enfermedad como proceso biológico, que afecta el buen funcionamiento del organismo; la posición cultural relativista, para la que una condición es enfermedad sólo si así es reconocida y definida por la cultura, y el enfoque construccionista, para el que "las enfermedades son juicios que los seres humanos emiten en relación con condiciones que existen en el mundo natural" (Conrad, 1982: 134). Esta última concepción integra lo simbólico a otros procesos y entiende que la *construcción social de la enfermedad* implica procesos sociales subjetivos y categorizaciones cognitivas y normativas. Desde este enfoque, Conrad trabaja con las designaciones de la enfermedad como juicio social y negativo. "De ello se desprende lógicamente que tanto la diagnosis –como clasificaciones sistematizadas– como los tratamientos se fundamentan en estos juicios sociales; no se puede separarlos" (Conrad, 1982: 136).

Por otra parte, las relaciones existentes entre *enfermedad y anormalidad* ya fueron señaladas por Parsons (1984: 441): "La enfermedad tiene que ser definida –en uno de sus aspectos principales– como una forma de conducta desviada". Para este autor, inscripto en la orientación positivista, la desviación es real, existe en la experiencia objetiva y remite al comportamiento que se encuentra por fuera del sistema normativo (enfermedad y criminalidad). Por lo tanto, interesa preguntarse por las causas de la conducta anormal. Contrariamente, el interaccionismo considera a la desviación como una definición social: nociones como bueno/malo, correcto/incorrecto, sano/enfermo son relativas y socialmente construidas en el marco de relaciones de poder. De allí que para la perspectiva interaccionista, el interés se centra en los procesos de construcción de tales definiciones y en las consecuencias del etiquetamiento tanto para los "desviados" como para los autores de esas atribuciones.

Diversas áreas y prácticas sociales han sido definidas de diferente manera en cada momento histórico. Estas definiciones implicaron la designación de distintos agentes de control. Volviendo entonces al planteo inicial –la medicalización de la anormalidad–, las definiciones médicas de la conducta desviada aumentaron en forma creciente en las modernas sociedades industriales. "A las conductas desviadas, antes definidas como inmorales, pecaminosas o criminales, se les han dado significados médicos. Algunos dicen que la rehabilitación ha reemplazado al castigo, pero en muchos casos los tratamientos médicos se han convertido en nuevas formas de castigo y control social" (Conrad y Schneider, 1985: 1).<sup>2</sup>



Es así que prácticas sociales designadas como desviación en distintos momentos históricos fueron conceptualizadas y, por ende, controladas por distintas agencias. Se advierte un pasaje que, partiendo de la definición de la desviación como pecado, controlado por la Iglesia, recategorizó ciertas prácticas como delito, que pasó a ser controlado por el Derecho, y luego como patología, sobre la que tiene autoridad la Medicina. Este pasaje conlleva la transformación de la noción de intencionalidad/culpabilidad en la de no intencionalidad/inimputabilidad y el cambio de un paradigma punitivo a uno rehabilitador. Como señala Freidson (1978: 249): "El derecho trata con actos de desviación imputada por los que el actor es hecho responsable y por los que debe pagar, en tanto que la Medicina se ocupa de la desviación imputada por la que no se considera que el actor es responsable y que es 'tratada' más que 'castigada'". Este pasaje está influido por procesos ideológicos de secularización y de humanitarismo, junto con procesos socioeconómicos, ligados al papel del Estado y a su función regulatoria. Estos cambios en la definición del comportamiento anormal, de sus sanciones y agentes de control son conflictivos y en cada momento histórico pueden coexistir distintas agencias encargadas del control de ciertas prácticas, como resulta evidente en el caso particular del uso de drogas ilícitas (Touzé, 2001).

Para que este proceso de medicalización se produzca, Freidson (1978) indica una serie de condiciones.

- Un comportamiento debe ser socialmente definido como anormal.
- Debe ser socialmente definido como problema por un grupo de poder.
- Las formas previas de control social deben ser consideradas insuficientes o inaceptables.
- La institución médica debe estar de alguna manera preparada para hacerse cargo de dicho comportamiento.
- Deben existir algunos datos orgánicos sobre la fuente del problema.
- La clase médica debe aceptar que el comportamiento anormal entra en su jurisdicción.

El mismo autor señala que la medicalización de la anormalidad tiene una serie de consecuencias, tales como:

- Expansión de la jurisdicción de la medicina, sin tener en cuenta su capacidad para ocuparse adecuadamente de un problema. Esto se asocia al crecimiento de la industria farmacéutica y a la interconexión entre medicina y gobierno.
- Oscurecimiento de la preeminencia del orden moral por el vocabulario tecnológico-científico de la medicina.
- Profesionalización de los problemas humanos y sociales y delegación en los expertos de su atención, con su consecuente despolitización.
- Utilización de métodos poderosos y a veces irreversibles para tratar el comportamiento anormal, que generalmente sirven de apoyo al *statu quo*.
- Individualización de las dificultades humanas y minimización de su naturaleza social.



## 1.2. De práctica social a delito-enfermedad

Estos conceptos resultan útiles para analizar la *práctica social*<sup>3</sup> del consumo de sustancias psicoactivas como ejemplo del proceso de medicalización. Cualquier tratado de farmacología da cuenta de la enorme variedad de psicofármacos naturales y sintéticos disponibles en la actualidad. Esto no debe hacer olvidar la complejidad del tema desde el punto de vista temporal y espacial. Salvo las comunidades que viven en zonas árticas, desprovistas de vegetación, no hay un solo grupo humano que no haya hecho uso de alguno de ellos desde tiempos inmemoriales hasta la actualidad.

Ahora bien, "los consumos ritualizados no se consideran 'problemas'. Su uso no se define como abuso y el abuso eventual es considerado como un accidente" (Ralet, 2000: 43). Así, en las culturas helénicas el vino era considerado el espíritu de Dionisios; para el cristianismo es la sangre de Cristo; para un quechua de los Andes la hoja de coca es un don sagrado de la Pacha Mama. Tradicionalmente, las sustancias psicoactivas han jugado el doble rol de "facilitadores del vínculo social" (ilustrado por el milagro de la transformación del agua en vino en las bodas de Canaá) y de "vehículos hacia lo sagrado" (ilustrado por la transformación del vino en sangre de Cristo).

Tal como plantea Oriol Romani (1992: 261), "los usos de drogas son un fenómeno universal, mientras que la existencia de la drogodependencia como fenómeno social es característico de las sociedades urbano-industriales". Esto hace al asunto de las drogas un fenómeno plural en sí; se da en una pluralidad de tiempos, en una variedad de lugares y por medio de diversas sustancias.

Al respecto, Antonio Escotado señala (1989: 24): "Tras milenios de uso festivo, 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".

Este párrafo sintetiza el pasaje en la conceptualización de una práctica que, integrada socialmente durante siglos, pasó a ser definida como desvío y controlada sucesiva y conflictivamente por diversas agencias. El "problema droga" se constituyó como tal en la modernidad. Fue en el tránsito de la modernidad que la tradición y lo divino dejaron de ser los valores dominantes que daban sentido a la existencia, que se produjeron rupturas en las formas de regulación colectiva que pusieron en cuestión la estabilidad de los lazos sociales y permitieron el desarrollo y la valoración de la subjetividad individual. Aparecía la burguesía como clase; el comercio se institucionalizaba bajo las leyes del mercado que fue desplazando el poderío de los Estados. Junto con la emergencia de la subjetividad, diversas prácticas se privatizaron. Surgía el YO de la moder-

3 Se define por prácticas sociales a las secuencias de interacción, los cursos de acción y las estrategias elaboradas por los actores.



nidad, vinculado al derecho de la persona y a los vínculos contractuales. Se constituyó la familia moderna como familia nuclear; los ámbitos de lo doméstico y lo privado se delimitaron con mayor fuerza. En este movimiento también cambió la representación del cuerpo, la apropiación del sujeto de su propio cuerpo.

El uso de drogas fue perdiendo su sentido de facilitador del vínculo social o de vehículo hacia lo sagrado y se convirtió en una práctica privada que refería a la predilección por un producto. "En el siglo XIX aparecen los 'exploradores de drogas exóticas', curiosos por las drogas extranjeras, como el gran psiquiatra Moreau de Tour, que inició al *haschisch*, traído por el ejército de Napoleón de la campaña en Egipto, a un gran número de personas, entre ellos a Théophile Gauthier y Charles Baudelaire. De práctica religiosa o distracción social el uso de una droga se convierte en una experiencia artística y psicológica" (Ralet, 2000: 44).

La práctica del uso de drogas comenzó a ser definida como anormal y como problema recién en la segunda mitad del siglo XIX.<sup>4</sup> Este proceso histórico se inició con la emergencia de una voluntad de los Estados de intervenir en estos consumos. A fines del siglo XIX, se acuñó el término *toxicomanía*, para designar a aquellos que abusaban de drogas no tradicionales en Occidente. De la referencia a un producto de predilección, se pasó a la descripción de una desviación: el abuso, forzosamente perverso, de un producto tóxico. Como señalan Castel y Coppel (1994: 222): "Para las sociedades occidentales, sólo a partir del siglo XIX la toxicomanía plantea un problema social. Momento que se puede formalizar de la siguiente manera: cuando una sociedad no puede ya conformarse con movilizar sus regulaciones tradicionales para enmarcar el consumo de los productos. Este momento no puede simplemente pensarse en la lógica del abuso o del exceso, sino en la de la ruptura".

Podemos ubicar el origen de esta definición en un nivel estrictamente sociopolítico y fue en los EE.UU. donde con mayor claridad se advirtió la "empresa moral" encarada por los grupos de poder anglosajones. Escohotado (1989) ha señalado la necesidad de poner de manifiesto las diferentes perspectivas que intervinieron en la génesis del *prohibicionismo*.

En primer lugar destaca el retorno, especialmente vigoroso en el mundo anglosajón, del elemento religioso tradicional que había sufrido un retroceso tras las revoluciones laicas del siglo XVIII. Esta actitud se tradujo en una demonización de los fármacos (el alcohol en primer lugar) considerados plagas impuras que amenazaban a la sociedad.

Por otra parte, las tensiones sociales, producto del proceso de proletarianización e industrialización y la consecuente concentración urbana, provocaron

---

4 No nos detendremos, por considerar que excede los límites de este trabajo, a analizar dos situaciones históricas que preanunciaron este pasaje a la "anormalidad": la persecución a los cultos báquicos, ligados al consumo de alcohol, en el Bajo Imperio Romano y la "caza de brujas" en el medioevo, con su asociación al uso de sustancias psicoactivas. Ver Escohotado, 1989.



que comenzaran a aceptarse, por un lado, algunas formas de ebriedad como "desviación" admitida en ciertos grupos y, por otro, la implementación de formas de control orientadas hacia sectores marginados. Esta perspectiva refiere a la relación existente, por ejemplo, entre la condena de la marihuana y el ingreso masivo de migrantes mexicanos a los EE.UU. Lo mismo sucedía con el opio asociado a la población china, pobre e industriosa, pero exigente en materia de salarios. "Al vincularse los hábitos farmacológicos con características étnicas y sociales va fortaleciéndose un comportamiento etnocéntrico que acabará distinguiendo entre drogas de razas 'pueriles' y razas 'civilizadas'" (Escohotado, 1989: 116).

Un tercer elemento que intervino en la génesis del prohibicionismo se asocia al proceso de medicalización analizado en el apartado anterior. La evolución del estamento médico y su asunción de competencias, antes reservadas al eclesiástico, preparaba al futuro profesional médico como celoso guardián del bienestar general, desde una perspectiva autoritario paternal.

Una frase de Benjamín Rush, fundador de la psiquiatría y uno de los firmantes de la Declaración de Independencia de los EE.UU., ilustra acabadamente esta evolución: "En lo sucesivo será asunto del médico salvar a la humanidad del vicio tanto como hasta ahora lo fue del sacerdote. Concibamos a los seres humanos como pacientes en un hospital; cuanto más se resistan a nuestros esfuerzos por servirlos más necesitarán nuestros servicios" (Citado en Szasz, 1981: 185).

Otro factor se relaciona con la progresiva expansión administrativa del Estado a partir de la segunda mitad del siglo XIX, que lo condujo a una asunción de funciones y servicios antes reservados a la sociedad civil que devendría en el Estado de Bienestar. La asistencia estatal (a los alcohólicos entre otros) legitimó así formas de control en momentos en que la explosiva relación entre capital y trabajo amenazaba al orden establecido.

Por último, el conflicto chino-inglés respecto del opio, que generó nuevos estereotipos y pautas coloniales. El imperio chino estuvo dominado hasta principios del siglo XX por conquistadores venidos de Manchuria, cuya condición de extranjeros se hizo notar en diversas decisiones. Entre otras, la prohibición de fumar opio, tradición arraigada desde mediados del siglo XVII como reacción ante las restricciones impuestas al tabaco por el último emperador Ming. En 1793 se habían prohibido la importación de opio y el cultivo de adormidera, favoreciendo así la expansión del contrabando. Para esa época los ingleses eran los principales proveedores del mercado chino y el gobierno manchú se limitaba a responder al contrabando con un gravamen sobre el té exportado, hasta que en 1838 la balanza comercial china arrojó un saldo desfavorable. China decidió entonces frenar el contrabando mientras la Cámara de los Comunes inglesa resolvió no abandonar tamaña fuente de ingresos. Se produjo entonces una declaración de guerra que inauguró una larga serie de conflictos. Para finales del siglo XIX, los ingleses apenas obtenían ganancias de su



antiguo negocio, "mientras los norteamericanos –con una mezcla de mesianismo e intereses mercantiles– aspiraban a sustituirlo por otros" (Escohotado, 1989: 158). Se propuso entonces convocar a una conferencia internacional sobre el opio "para ayudar al pueblo chino"; el resultado fue una reunión realizada en Shanghai en 1909, que sería el germen de las posteriores iniciativas prohibicionistas internacionales.

La Historia nos muestra así como, en menos de un siglo, el consumo de drogas pasó de ser una práctica privada a evaluarse como una muestra de la "debilidad moral" de grupos considerados amenazantes (chinos, negros, latinos, irlandeses e italianos), para convertirse durante el siglo XX en un delito de carácter planetario, merced a los Convenios de Ginebra.<sup>5</sup>

### 1.3. La "droga" como amenaza-peligro y las formas de control social

Con el auge del prohibicionismo se desarrollaron diversos argumentos que, desde la perspectiva jurídica o sanitaria, estuvieron orientados a interpretar los usos de algunas sustancias. Entre ellos, el argumento de la *peligrosidad* de ciertas drogas ha sido el más empleado para justificar los tratamientos obligatorios recomendados por médicos, abogados, trabajadores sociales o psicólogos a aquellos sujetos que se identificaban como adictos a esas drogas. En este caso el argumento dio sustento a una práctica profesional, el tratamiento compulsivo, que otorga preeminencia al criterio de la defensa social, más que a la particular situación del sujeto y sus deseos o posibilidades (Rossi, 1998).

Como lo indica la etimología de la palabra fármaco, que encierra el doble significado de remedio y veneno simultáneamente, muchas de las sustancias consideradas peligrosas pueden tener utilidades terapéuticas, como ocurre con cualquier otra droga. Por esa razón, el argumento destinado a los toxicólogos, farmacéuticos y a otros especialistas en la administración de drogas, ha sido principalmente el de la *inutilidad* de esas sustancias, sustituyendo así el argumento de la peligrosidad que esos saberes no convalidan. Ejemplo de ello es la exaltación de la metadona como sustituto de cualquier uso de heroína<sup>6</sup> o las diferencias que se establecen entre morfina y heroína (Mino y Arsever, 1996).<sup>7</sup>

Son estos argumentos los que dan sustento a las actuales formas de control de las drogas. Entendemos por *control social* a los medios utilizados por una

---

5 Los Convenios de Ginebra son una serie de acuerdos internacionales sobre fiscalización de estupefacientes. En 1925 se firmó el primero.

6 Según datos del Ministerio del Interior inglés, la metadona es más tóxica que la heroína. Por otra parte, la policía metropolitana de Londres comprobó que muchos usuarios cambian en el mercado negro la metadona que les recetan por heroína porque la prefieren.

7 Derivado semisintético de la morfina, la heroína es dos veces más potente (a dosis iguales). Por lo demás, es difícil distinguir las ya que la heroína, después de su absorción, se transforma en morfina. Sus diferencias en cuanto a sus modos de acción responden exclusivamente a sus efectos subjetivos y a menudo son tan ínfimas que no son significativas. La heroína sería un poco mejor tolerada que la morfina, ya sea como droga o como medicamento.



sociedad para asegurar la adhesión a sus normas o, dicho de otra manera, la forma en que minimiza, elimina o normaliza el comportamiento desviado. Pueden reconocerse controles sociales informales, entre los que distinguiremos autocontroles y controles societarios, y formales, a los que Castel y Coppel (1994) denominan heterocontroles.

Todos ellos coexisten actualmente, pero a partir de que los usuarios de drogas pasaron a ser percibidos como una amenaza, tanto desde la perspectiva de la defensa social como de la salud pública, se consolidaron los heterocontroles. "Con la aparición de los heterocontroles, la cuestión de la droga se torna la cuestión de la toxicomanía, cuestión de la responsabilidad (tratamiento y/o represión) de un problema especial por parte de agentes especializados. En nuestras sociedades, dos instancias especializadas se encuentran en una situación de rivalidad-colaboración para el heterocontrol de la toxicomanía: la justicia y la medicina" (Castel y Coppel, 1994: 225).

Por otra parte, no debemos perder de vista que el conjunto de los usos de drogas constituyen una práctica social multidimensional, esto es que, salvo en los casos extremos de desocialización completa, minoritarios en el conjunto de conductas de consumo, el usuario de drogas sigue siendo un individuo social que mantiene vínculos con diversos grupos de pertenencia y cuya vida cotidiana no está completamente quebrada. "Dicho de otro modo, hay una dimensión de autocontrol en la conducta del consumidor de drogas en general y del toxicómano en particular" (Castel y Coppel, 1994: 227).

Esto significa, en primer lugar, que el usuario de drogas, como cualquier otro sujeto, debe tener un comportamiento de respuesta en función de sus relaciones. Por ello, no puede consumir de cualquier manera.

En segundo lugar, este usuario de drogas, inscripto en redes de sociabilidad, recibe mensajes de sus diferentes interlocutores y es controlado por su entorno. "Denominemos controles societarios a estas regulaciones que se podría llamar informales, en todo caso no especializadas, no profesionalizadas, no acreditadas, a diferencia de los heterocontroles. Pero no por estar menos formalizados, por ser menos fácilmente situables, los controles de este tipo son menos importantes: tanto que, a diferencia de la mayor parte de los heterocontroles, que consisten en intervenciones puntuales, se ejercen de una manera permanente" (Castel y Coppel, 1994: 228).

Pese a ello, prevalece una constante tensión por el control institucional de los "toxicómanos", que se expresa en la rivalidad-colaboración de la justicia y de la medicina y que enmascara una compleja articulación de poder. Sin embargo, "la eficacia de los heterocontroles sigue siendo muy parcial. En tanto la toxicomanía no es en sí una enfermedad o un delito o la adición de ambos, ni la medicina ni la justicia han asegurado la hegemonía sobre su control" (Touzé, 1996: 22).



## 1.4. La fuerza de los estereotipos

Como resultado de la definición del problema como delito o como enfermedad, muchos usos de drogas constituyen estigmas. Las representaciones sociales predominantes señalan al usuario de drogas ilegales como potencialmente peligroso y violento, asociado con un patrón único de uso de drogas y con escasos vínculos sociales e institucionales. Estos procesos de estigmatización social (Goffman, 1963) confirman una serie de estereotipos –la mejor expresión del control social informal– necesarios para legitimar el control social formal:

- Establecer un vínculo necesario entre consumo y dependencia.
- Suponer la vinculación de los usuarios de drogas con una subcultura con un sentido diferente de la realidad al de la mayoría "normal".
- Asociar el uso de drogas con el comportamiento delictivo que separa de la vida productiva e introduce en carreras criminales.
- Considerar a los "adictos" en estado de enfermedad psico-física y a la "dependencia" como irreversible (Baratta, 1994).<sup>8</sup>

Las representaciones sociales del "problema droga" no se corresponden necesariamente con las características objetivas del fenómeno en sí. Pero, en los fenómenos sociales, es tan importante lo que la gente cree que pasa como lo que en realidad pasa. Para la gran mayoría de la población, incluidos los propios usuarios de drogas, el problema se define y las respuestas se diseñan a partir de una serie de estereotipos (González Zorrilla, 1987).

El primero se basa en el propio *concepto de droga*. Se trata de una **noción** que no responde a la lógica científica y que otorga relevancia a algunas **sustancias** (cocaína, cannabis, opiáceos) y excluye o considera mucho **menos relevantes** a otras (alcohol, tabaco, psicofármacos). Esta distinción no tiene **ningún** fundamento desde el punto de vista del daño social, de la nocividad o de la dependencia (Touzé, 1996). No obstante, para la representación **social de "la"** droga, esta es siempre un producto "mortalmente dañino", lo que **justificaría** la prohibición de su uso. Además, no reconoce que las sustancias **permitidas** también son drogas o, en todo caso, estima que su nocividad es **mucho** menor. "Esta diferencia de tratamiento es menos asunto de producto que de institución, de toxicología que de cultura: el alcohol tiene su lugar en el espacio público, mientras que las drogas no lo tienen" (Ehrenberg, 1994: 13).

Como correlato de esta distorsión del concepto de droga se instala lo que se ha llamado el *fetichismo de la sustancia*. La droga se identifica con un ente mágico, se le asignan poderes y capacidades contaminantes, se la explica como algo externo a la sociedad que amenaza a la población "sana". El "problema de las drogas" aparece asociado así al temor y la inquietud, a un peligro omnipresente que atenta contra el conjunto. "La droga no es un objeto de comunicación plana, sin relieve, está animada por la cultura. Desde esta perspectiva los objetos no son sólo cosas, resultan producto de la complejidad humana, de

<sup>8</sup> En portugués en el original. Las traducciones son nuestras.



representaciones simbólicas y relaciones sociales. Los objetos –como la droga– se encuentran revestidos de totetismos y fetiche" (Bialakowsky y Cattani, 2001: 11). Sin embargo, esta percepción de "algo externo" que ataca al cuerpo social no es un fenómeno nuevo en la historia de la humanidad. La droga asume el mismo papel que la peste en el medioevo. Se trata de un "mal extraño", que justifica los ataques contra el peligro del contagio y la caza de los posibles portadores de la enfermedad.

Por otro lado, la identificación de la droga como enfermedad ofrece una explicación más tranquilizadora a la sociedad; las causas se atribuyen a un agente patógeno externo. Los esfuerzos deben entonces centrarse en identificarlo, aislarlo, destruirlo. No hace falta así analizar la complejidad social, sus injusticias, la ausencia de perspectivas y las hipocresías intolerables.

Otro contenido presente en las representaciones sociales de la "droga" la identifica como expresión de una actitud individual o colectiva de *oposición a la sociedad*, de no aceptación de las normas sociales, postura que se asocia a la juventud. No obstante, el uso de drogas se asocia tanto con los sectores sociales vinculados al poder y al prestigio social, como con las poblaciones excluidas del sistema productivo para las que la "droga" se constituye en una estrategia de supervivencia. Por otra parte, la lógica del consumo se impone como condición de inclusión social; cada vez más es el mercado el que se propone como espacio de integración social.

Respecto de los usuarios de drogas de los países centrales, Baratta (1994) indica que su participación "proletarizada" en el circuito de la economía de la droga es solamente comparable a la de los campesinos del tercer mundo, productores de las sustancias básicas, "privilegiados con relación a otros en su país, pero no menos explotados y controlados en el ámbito del sistema de la droga que los consumidores que se encuentran en el extremo opuesto" (Baratta, 1994: 36). Desde esta perspectiva queda claro que el uso de drogas en la actualidad no puede concebirse como un acto contestatario, antes bien se trataría de un intento fallido y desesperado por ser incluido en la "sociedad del consumo y de la doble moral". La persistencia de este estereotipo, no obstante, aparece como un elemento capital en una política tendiente a fijar un rol social para la juventud, en un momento en que los enormes problemas de inserción en el mundo adulto (en especial en el aparato productivo) han ampliado este período de edad y, además, han intensificado la necesidad de encontrar nuevos mecanismos de tutela y control.

Un cuarto estereotipo nos remite a la *imagen del usuario de drogas*. Debido a distorsiones en las representaciones sociales, no se admiten diferencias en los patrones de consumo en el caso de las sustancias ilegales. Esto es, el consumidor –cualquiera sea la dosis, frecuencia y circunstancias del uso– es visualizado como un "adicto" y siempre se lo identifica como alguien peligroso, con una personalidad autodestructiva y con una actitud despreocupada respecto de su salud.

Estos estereotipos sólo han contribuido a reforzar la confusión reinante. "Los estereotipos sirven para organizar y dar sentido al discurso en términos de los intereses de las ideologías dominantes; por ello, en el caso de las drogas se oculta lo político y económico, disolviéndolo en lo psiquiátrico e individual" (Del Olmo, 1988: 7).

A su vez, las asociaciones entre drogadicción, VIH-sida y sexualidad, modelan una construcción social que reduce la subjetividad a "actos riesgosos/peligrosos". A su vez, la tensión entre enfermedad y delito circulante en esta construcción focaliza las prácticas de transgresión, oscureciendo los aspectos básicos de la subjetividad y la vida cotidiana de individuos y grupos sociales. Independientemente de los tipos clasificatorios, el consumidor aparece instalado en la figura de transmisor: "contagia la droga-contagia el sida".

Por otra parte, como señalan Bialakowsky y Cattani (2001: 11), "la droga se mimetiza, como mercancía, y asume las reglas de circulación del mercado". La centralidad en la patología o el delito, a su vez, enmascara la compleja articulación de poder, las estructuras del tráfico, la economía política de la droga y la diversidad de sus expresiones en las relaciones sociales que implican subordinación de los consumidores a reglas de mercado y a distintas modalidades de explotación y opresión.



## Capítulo 2

# Discursos, políticas y prácticas de intervención

Las drogas constituyen un fenómeno plural, con múltiples manifestaciones según el momento histórico, la cultura, el modelo económico, la situación particular de un país, los diversos significados que les asignan los sujetos y las propias diferencias entre las sustancias. No obstante, se ha insistido en homogeneizar el "problema de la droga", como si fuera un mismo fenómeno universal, atemporal y ahistórico. "Lo importante por lo tanto no parece ser ni la sustancia ni su definición, y mucho menos su capacidad o no de alterar de algún modo al ser humano, sino más bien el discurso que se construye en torno a ella" (Del Olmo, 1988: 3), discurso que incluye también al actor –consumidor o traficante–, individuo que se convertirá en la expresión concreta y tangible de la amenaza.

El discurso sobre "la droga" puede entonces adoptar diversas versiones, según sea quien hable: hay una versión médica, que refiere a las categorías "normal" y "patológico"; una versión jurídica que alude a "delincuencia", "tráfico", "orden público"; una versión psicoanalítica que menciona "objeto", "síntoma", "falta" (De Munck, 1996). "Pero siempre será útil para la manifestación del discurso que permita establecer *la polaridad entre el bien y el mal* –entre Abel y Caín– que el sistema social necesita para crear consenso en torno a los valores y normas que le son funcionales para su conservación" (Del Olmo, 1988: 4).

El carácter simbólico del discurso se torna acción real y palpable en la definición de políticas. "Esta política se caracteriza por un triángulo de oro: la abstinencia como ideal normativo, la desintoxicación para aquellos que han experimentado la atracción de los paraísos artificiales, la erradicación de las drogas de la sociedad como horizonte político" (Ehrenberg, 1996: 6).<sup>9</sup>

Como observa Thomas Szasz (1993), en la actualidad las distintas orientaciones de las políticas sobre drogas tienen como objetivo el modo particular en que estas se distribuyen y dan lugar a tres posturas frente a los controles sobre la oferta de drogas –criminalizadoras, legalizadoras y liberalizadoras– de las cuales resulta hegemónica la primera.

---

9 En francés en el original. La traducción es nuestra.

En el plano de las políticas de control de la demanda también se evidencian diferentes enfoques que discuten qué hacer con las sustancias y con sus consumidores. Más allá de sus puntos en común y sus controversias, estas políticas preventivo-asistenciales concuerdan en la búsqueda de una única meta común: la abstención.

Estos enfoques han dado lugar a la configuración de *modelos* de intervención que utilizan categorías analíticas diversas y aún contrapuestas (Touzé 1992).<sup>10</sup> Varía así la definición del problema a ser prevenido/tratado y por ende los propósitos y orientaciones de las estrategias de acción. Retomando el clásico trabajo de Helen Nowlis (1975) que considera la interacción entre la sustancia, la persona y el contexto, es posible observar el impacto de los discursos sobre las drogas en las políticas e intervenciones.

## 2.1. El discurso moral-jurídico

En este discurso la sustancia juega un rol protagónico. "Placer prohibido", "veneno del alma" o "flagelo", la droga es pensada como sujeto, como elemento activo: "ese chico cayó en la droga" o "la droga te atrapa".

Según la legislación internacional, las drogas se agrupan, sin importar sus cualidades farmacológicas, en estupeficientes y psicotrópicos. Se crean así dos grandes grupos de sustancias: las lícitas y las ilícitas, y estas últimas son responsabilizadas por el "problema droga".

Este discurso presenta al consumidor como un "vicioso" y declara ilegal las conductas que se asocian con los "estupeficientes", por lo que el consumidor de drogas (ilícitas, pues son las reconocidas como tales) viola la ley, se lo caracteriza como transgresor, como delincuente. Pero surge aquí una paradoja intrínseca a este modelo: si la droga es el sujeto activo, la persona no es más que una víctima de esa sustancia poderosa con capacidad de atraer y producir situaciones por sí misma. Hecho inusual, el consumidor de drogas es delincuente y víctima simultáneamente.

El contexto se encarna en la norma. Lo social se subsume en lo normativo y delimita claramente dos ámbitos: el de los "normales" y el de los "desviados". Se plantea así una ética de valores absolutos, incuestionables, que reduce el análisis a pares antitéticos: legal-illegal, normal-anormal, bueno-malo.

Así caracterizado el problema, las acciones se orientan a controlar al agente causal: la droga. La legislación penal se constituye en el principal instrumento tendiente a impedir la producción, distribución, comercialización, tenencia y consumo de sustancias ilícitas. Junto a ella, una política de aislamiento, rechazo y censura hacia los consumidores.



La prevención se orienta directamente a evitar el consumo de drogas prohibidas. Con esta intención, los mensajes se centran en la información acerca de las sanciones (jurídicas y/o morales); el presupuesto es el efecto disuasorio de la amenaza de sanción. Se refuerza el concepto de autoridad: del Estado, de un grupo social (la "mayoría moral"), de la familia. La prevención se asimila al control. El discurso preventivo enfatiza que el uso de drogas es ilegal y moralmente malo.

Este discurso se impuso a principios del siglo veinte bajo el influjo del movimiento prohibicionista en los EE.UU. En 1910 se presentó al Congreso norteamericano un proyecto de ley destinado a prohibir el tráfico y uso no estrictamente médico de opiáceos, cocaína, hidrato de cloral y cannabis. El proyecto estaba apoyado por un informe de H. Wright que reconocía indirectamente su verdadera intencionalidad: "La meta del proyecto de ley es traer todo el tráfico y el abuso de drogas a la luz del día, y crear con ello una opinión pública contra su empleo" (Citado en Escotado, 1989: 246).

## 2.2. El discurso médico-sanitario

Al señalar al usuario como "enfermo" y a la droga como "virus", "epidemia" o "plaga", se asimila el uso de drogas a una enfermedad infectocontagiosa que remite a la tríada ecológica agente-huésped-contexto. Nuevamente la sustancia es el agente activo que se introduce en la persona (huésped), infectándola y enfermándola si el contexto la torna vulnerable. Esta perspectiva está presente en el imaginario colectivo: "¿Se puede contagiar mi hijo si tiene un amigo drogadicto?".

La "peligrosidad" de las sustancias se asocia con su potencial adictivo (estereotipo de la dependencia), que da lugar a las clasificaciones entre drogas "duras" y "blandas" pero en forma especial se vincula con su uso sin prescripción médica (uso indebido de drogas). La noción de vulnerabilidad convierte a niños y jóvenes en población de riesgo. En relación al contexto, la "contaminación" del medio se mide en términos de la oferta disponible.

Este discurso se consolidó en la segunda posguerra. La firma de los Convenios de Ginebra por prácticamente todos los países de la Sociedad de Naciones configuró "al menos tres esferas de poder 'farmacrático', cada una definida por dinámicas particulares pero convergentes de expansión" (Escotado, 1989: 335). El autor se refiere a las brigadas locales de estupefacientes, al hampa organizado del mundo y a "un grupo dedicado más bien a la prevención que a represión, formado por una mezcla de terapeutas y personas ligadas más o menos directamente a psicología, derecho y ciencias sociales, a quien se encomiendan tratamientos, encuestas, análisis y consejo" (Escotado, 1989: 336).

La prevención también se orienta hacia la abstención del uso de drogas pero ya no a través de la amenaza de sanción sino mediante la información de los daños producidos por las drogas. Aquí también, el temor es considerado un instrumento eficaz. En este caso la amenaza no se cierne sobre la libertad sino sobre la vida misma: "vida o droga" es una frase paradigmática en este sentido. Se recalca la información acerca de las propias sustancias: su aspecto, forma de presentación, color, olor. Se recomienda que las personas reconozcan las sustancias, detecten la presencia de un consumidor. "¿Cómo me doy cuenta si me ponen droga en la bebida?" Estos mensajes se asientan en el presupuesto de que las personas sólo se producen daño involuntariamente y de que nadie entraría en contacto con un "agente infeccioso" si pudiera identificarlo. Esto explica la profusión de materiales con imágenes que se refieren a las sustancias (pastillas, jeringas, cigarrillos).

En tanto utiliza la categoría de enfermedad, el modelo médico sanitario incorpora la noción de tratamiento. Este se refiere básicamente a la eliminación del agente activo (la droga) mediante la desintoxicación o deshabituación.

### 2.3. El discurso psicosocial

A diferencia de los enfoques anteriores, este discurso introduce un ordenamiento distinto en la interacción sustancia-persona-contexto. El eje de la interpretación es desplazado de las drogas a la persona, es decir que el protagonista es el sujeto. El interés se centra entonces en el tipo de vínculo que una persona establece con una sustancia, distinguiendo entre consumo ocasional y esporádico o reiterado y compulsivo. Es característica en este discurso la referencia a la etimología de "adicto" como esclavo.

El contexto es incluido en el análisis en tanto variable interviniente en la conformación de actitudes y comportamientos. En este sentido, el contexto es considerado en una dimensión microsocia. La lectura remite a grupos de pertenencia y de referencia, con especial énfasis en la familia y el grupo de pares.

El modelo psicosocial introduce la categoría de síntoma para considerar la adicción. Es decir, señala una patología de base en el sujeto y su contexto inmediato que se pone en evidencia a través del consumo de drogas. Para este enfoque, el adicto es un enfermo, pero la adicción no es en sí misma una enfermedad sino la manifestación de un "malestar psíquico". Este discurso comenzó a imponerse en la década de 1960 como correlato de la aplicación del modelo de prevención por niveles de Caplan (1966).<sup>11</sup>

Para evitar el uso de drogas es necesario intervenir en la formación de actitudes y comportamientos. Aparece así la noción de *prevención inespecífica*

11 La obra de Gerald Caplan, basada principalmente en la Psicología del Yo, constituía entonces una alternativa a la psiquiatría tradicional.



como aquellas acciones tendientes al desarrollo de actitudes de autocuidado y al mejoramiento de las relaciones interpersonales. La transmisión de información no es ya la tarea principal; se da paso a técnicas que mejoren la comunicación intra e intergrupala, refuercen la autoestima, favorezcan la asunción de roles. Estas acciones tienen como presupuesto que si se disminuyen las situaciones de conflicto individual y grupal disminuirá la demanda de drogas conjuntamente con otras problemáticas (violencia, fracaso escolar, etc.). Las intervenciones terapéuticas no buscan solamente la eliminación del consumo sino el tratamiento de aquellas situaciones consideradas las causales del problema (personales y/o familiares), de las que la adicción sería el emergente.

## 2.4. El discurso sociocultural

Para este enfoque el eje del análisis se sitúa en el contexto. Plantea que es en el medio social donde deben buscarse las causales del uso de drogas. En este caso, la lectura se efectúa desde una dimensión macrosocial. El modelo toma en cuenta las características de la estructura social, señala los rasgos de la sociedad contemporánea y define como determinantes a los factores culturales y socio-económicos. Es la presión de estos factores sobre los individuos lo que conduce al consumo de drogas. **"La droga como evasión de la realidad."** Nuevamente se considera el uso de drogas como síntoma, pero no ya en términos psicopatológicos sino sociales, como manifestación de las "disfunciones" del sistema. A partir de este enfoque, el consumo de drogas comienza a asociarse con poblaciones marginales. El concepto de riesgo se desplaza de los niños y adolescentes a determinados sectores sociales.

Encara la prevención dando información respecto de algunas causas (pobreza, industrialización, desempleo, otras) y mediante acciones de mejoramiento de las condiciones de vida. El supuesto preventivo es que si se disminuyen las situaciones de conflicto y desigualdad social, disminuirá la demanda de drogas. **"La droga no se reprime con la policía, se previene con justicia social."**<sup>12</sup>

Este enfoque comenzó a tener vigencia a inicios de la década de 1970 y presentaba dos vertientes, según se tratase de los países centrales o periféricos. En el primer caso, la lectura se circunscribía a los jóvenes y se enmarcaba en las diversas manifestaciones de rebelión juvenil presentes en la época, explicando el consumo de drogas como un enfrentamiento con el mundo adulto. Pero también se lo relacionó con un sentimiento de desinterés por lo social y de huida de la realidad: "el uso indebido de drogas constituye el síntoma evidente de una patología social característica de las sociedades industriales, cuyo

---

12 *Graffiti* en las calles de Buenos Aires, 1983.

desarrollo obstaculiza el verdadero florecimiento de la personalidad de los jóvenes" (Unesco, 1973: 10). Se acuña así el concepto de inadaptabilidad de los jóvenes a las condiciones sociales, del que se desprende un discurso preventivo orientado a la búsqueda de estilos de vida "alternativos": "la comunidad<sup>13</sup> donde se experimentan nuevas formas de vida capaces de constituir alternativas o, mejor dicho, reemplazos a las que ofrece la sociedad establecida tiene una doble función: función preventiva y postpreventiva" (Unesco, 1973: 13).

En el caso de los países periféricos, el modelo sociocultural no asoció la droga a una actitud contestataria juvenil sino al subdesarrollo y la miseria. El uso de solventes volátiles entre los niños de la calle constituye el ejemplo por excelencia para esta perspectiva.

## 2.5. El discurso geopolítico

Este discurso ve a la droga como "enemigo", y al traficante –objeto central de interés de este discurso– como 'invasor', 'conquistador', o más específicamente como 'narcoterrorista' y 'narcoguerrillero', aunque el traficante puede bien ser ya no un individuo sino un país" (Del Olmo, 1988: 7).

Esta perspectiva define al problema del tráfico y consumo de drogas como "un hecho social, cuya característica fundamental es la de ser un fenómeno global, complejo y complicado, desigual y combinado" (Ramírez Monagas *et al.*, 1987: 80). Esta definición caracteriza al tráfico y consumo de drogas como una resultante de la interacción de diversos factores (económicos, sociales, políticos, demográficos, etc.) y los considera cuestión de Estado, dado que al convertirse en un elemento desestabilizador constituye un problema de seguridad. Considera como actor principal: "el traficante, que cambia la conducta de los pueblos, impone su mercancía y maneja las estructuras de poder" (Ramírez Monagas *et al.*, 1987: 70).

Este discurso, difundido en la década de 1980 en el continente americano, concuerda "con la incorporación de los postulados de la Doctrina de la Seguridad Nacional" (Del Olmo, 1988: 7). Este enfoque realza el papel del Estado en la prevención a través de la intervención coordinada de los distintos organismos relacionados con la materia a fin de establecer procedimientos multisectoriales.



## Capítulo 3

# Hacia un cambio de paradigma

El concepto clave para el discurso preventivo en el campo de la salud emana del positivismo y es el de la "historia natural de la enfermedad". Remite a la posibilidad de aprehender la esencia dinámica de un fenómeno de enfermedad y establecer sus etapas necesarias, cronológicamente distribuidas.

Esta idea resulta ineficaz cuando se trata de fenómenos relacionados con los comportamientos y las interacciones sociales, que no pueden leerse exclusivamente desde el campo de lo biológico. Resultan de difícil cuantificación en función de la imposibilidad de determinar todas las variables intervinientes y la naturaleza e intensidad de sus interacciones. Esa búsqueda de regularidades normalmente culmina en reduccionismo (Bastos, 1994b).

Para desarrollar una tarea preventiva es necesario oponerse a la tentación de naturalizar la historia y articularla con técnicas de intervención que simultáneamente se justifiquen y se fundamenten en esa concepción. Por tanto, la actitud preventiva debe atender a la complejidad y diversidad de las situaciones, ya que el discurso uniforme y pretendidamente seguro no sólo es inadecuado sino fuente de otros sufrimientos como alimento de los procesos de estigmatización social. El paradigma prohibicionista, que se impuso a lo largo del siglo XX, se empeñó en demonizar a las drogas como peligro planetario y logró con eficacia una "profecía autocumplida". El crecimiento y complejización crecientes de los diversos problemas asociados a las drogas están interpelando seriamente estas políticas, cuya prioridad es la eliminación de las drogas, y están señalando la necesidad de centrarse en la disminución de las consecuencias negativas de su uso (Touzé y Rossi, 1993).

Desde un criterio jurídico-moral, el *abstencionismo* nos ha situado ante tácticas estigmatizantes y excluyentes de quienes son señalados como "culpables de diseminar el mal", inscriptas básicamente en una ideología de la "defensa social", más proclive al uso de mecanismos represivos y no preventivos, que atentan contra la garantía de los derechos de los consumidores de drogas.

La *reducción de daños* resulta más adecuada desde su pragmatismo para atender el problema de las drogas. Si bien porta el contenido de una estrategia de control social asentada en el discurso médico, permite que se puedan mejorar las condiciones de vida de las personas que consumen drogas, dando lugar a una afirmación de su calidad de ciudadanos, cuyos derechos deben ser asegurados.

### 3.1. La reducción de daños

La magnitud de los problemas sociales y de salud asociados al uso de drogas, junto con la percepción de los límites de las políticas adoptadas con anterioridad, ha jugado un papel fundamental para revisar las perspectivas desde las que se trabaja con la práctica del uso de drogas. En este contexto se inscriben las estrategias de "reducción de daños" (Cymerman, 2001).

La reducción de daños –también conocida como reducción del riesgo o minimización de los daños– es una política de prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas más que de prevención del uso de drogas en sí mismo. Es una política social que tiene como objetivo prioritario disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas (O'Hare, 1994). Esta corriente acepta el hecho de que el uso de drogas ha persistido a pesar de todos los esfuerzos para evitarlo. Reconoce también que, a menudo, la prevención del uso de drogas ha tenido el efecto no intencional de aumentar los daños asociados a dicho uso.

Una estrategia de reducción de daños puede involucrar una amplia variedad de tácticas. Puede incluir el cambio de las sanciones legales asociadas al uso de drogas; puede mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios de tratamiento; puede tender a cambios en la conducta de los usuarios de drogas por medio de la educación; puede también dirigirse a modificar la percepción social acerca de las drogas y de los usuarios de drogas.

La reducción de daños no constituye una política social nueva; se enlaza con posturas sanitarias muy anteriores, como los programas de sustitución que, si bien se consolidaron en la década de 1960, admiten como antecedente los tratamientos de mantenimiento. De hecho, se considera que los principios de la reducción de daños fueron establecidos por el Comité Rolleston<sup>14</sup> a fines de la década de 1920 (Rossi y Touzé, 1996). Contrariamente a las prohibiciones casi totales de Francia y EE.UU. en la misma época, la legislación británica permitía a los médicos prescribir cualquier tipo de droga para el tratamiento de las toxicomanías. Recién en 1967 se limitó esta posibilidad y se obligó a los médicos a obtener una licencia especial en una dependencia del Ministerio del Interior británico (Henman, 1995). Lo que quizá sí constituye un elemento nuevo en la política de reducción de daños es la atención puesta en los efectos secundarios del uso de drogas. Por *efectos secundarios* estamos entendiendo a los procesos de criminalización y estigmatización consecuentes a las respuestas sociales a dicho uso y no a los producidos por el consumo de sustancias en sí mismo (Baratta, 1994).

14 Sir Humphrey Rolleston presidió el comité británico que señaló un hito al recomendar que los médicos podrían prescribir no sólo sobre la base de la suspensión de las dosis sino también en "dosis decrecientes" a algunas personas.



El origen del concepto de reducción de daños se ubica en Holanda en la década de 1970 cuando aparecen alternativas profesionales identificadas con la perspectiva del usuario de drogas, denominadas *modelo de la aceptación* (Del Río Meyer, 1995). Empezó a utilizarse a finales de la década de 1980 en la provincia de Merseyside (Inglaterra) en respuesta, principalmente, a dos factores: el problema de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDIs) y la sospecha creciente de que las estrategias adoptadas hasta el momento no sólo no habían mejorado la situación sino que, en algunos casos, habían tenido el efecto no deseado de aumentar los daños asociados al uso de drogas.

Posteriormente, la elaboración de intervenciones eficaces derivadas del enfoque de reducción de daños ha promovido su reconocimiento internacional (Insúa, 1999). Entre los principales argumentos que sustentan la aplicación de estos principios encontramos el que analiza la situación del tráfico y consumo de drogas como un fenómeno globalizado y el que señala los escasos resultados de los tratamientos para abandonar el uso de drogas (Mesquita, 1994).

El primero considera los intereses económicos, políticos y sociales que circulan en relación con el tráfico y consumo de drogas en el mundo como un fenómeno sumamente complejo que supera ampliamente la capacidad del sector sanitario empeñado en disminuir la demanda de drogas.

El segundo argumento se funda en los resultados de los tratamientos llevados a cabo con usuarios de drogas tanto lícitas como ilícitas. Estos indican que cuando la meta es la abstinencia, aún en los mejores servicios del mundo, el nivel de recuperación no supera el 30%. Se calcula que un 80% de los usuarios de drogas rehúsan frecuentar cualquier servicio terapéutico. Y que de los que consultan, por lo menos la mitad desea continuar con el uso de drogas (Marks, 1997).

El equívoco de base de muchas de las intervenciones es confundir la incapacidad o falta de motivación para la abstinencia en un determinado momento con la imposibilidad de reducir los daños derivados de ese consumo que persiste (Bastos, 1994a).

### 3.2. Las intervenciones de reducción de daños

Los principales objetivos de la reducción de daños son (Grup Igia, 2000):

- Contactar con el máximo número posible de consumidores.
- Disminuir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas y sus patrones de uso.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios (estado de salud, situación social, etc.).

Los programas de reducción de daños no pretenden la abstinencia en el

consumo de drogas sino que, admitiendo la dificultad que muchas personas presentan para suspender el consumo, tratan de reducir las consecuencias que este provoca. No procuran reemplazar los servicios dirigidos a la abstinencia, sino que son un complemento indispensable.

Bajo la denominación de reducción de daños se agrupan una multiplicidad de programas con diversos tipos de intervenciones que dan cuenta, entre otras cosas, de las diferencias en los contextos culturales en que se desarrollan.

Hay casos en que esta estrategia se enraíza en una estructura sanitaria, por lo general del sistema público, que desarrollaba programas con esta perspectiva (por ejemplo, de sustitución con metadona) desde varias décadas antes. El eje está puesto en los beneficios de esta modalidad respecto del cuidado de la salud de los usuarios de drogas y su impacto en la salud pública (Rossi y Touzé, 1996).

Pero también es posible observar en algunos programas una lectura de corte más social, que hace hincapié en la marginalización y estigmatización de los usuarios de drogas e insiste en la necesidad de cambiar las representaciones sociales que fomentan estos mecanismos de exclusión. Esta perspectiva no se limita a los aspectos sanitarios del cuidado y mejoramiento de la salud sino que postula la defensa de los derechos de las personas que usan drogas y reivindican su condición de ciudadanos con los mismos derechos a la vida, la libertad, la estabilidad y el acceso a la salud que los no-usuarios.

En líneas generales, podemos afirmar que los programas de reducción de daños se dirigen con prioridad a los usuarios de drogas que no frecuentan las instituciones y que tienen escaso o nulo contacto con los dispositivos sanitarios y sociales. Enfatizan la obtención de metas a corto y mediano plazo. Ven a los usuarios como miembros de la sociedad, en una perspectiva de integración. Implementan sus intervenciones con participación importante de los usuarios de drogas. Enfatizan la efectividad y la relación costo-beneficio de las intervenciones (Cymerman, 2001).

También promueven la cooperación intersectorial entre instituciones del ámbito jurídico, policial y de salud. Consideran que las actividades educativas referentes a las drogas deben tener credibilidad en la población objetivo, basarse en investigaciones y trazar metas realistas. Incluyen tanto a las drogas lícitas como a las ilícitas.

Para esta perspectiva, los principales temas a abordar son:

- La exigencia de una aproximación a la vez sanitaria y social del uso de drogas y la necesidad de asociar la asistencia y la prevención
- La necesidad de luchar contra la exclusión social y de ir al encuentro de los usuarios más marginalizados.
- El derecho de los usuarios de drogas de tener acceso geográfico, económico y cultural a los servicios de salud y la garantía de una atención oportuna, apropiada a sus necesidades, integral y continua.
- La necesidad de luchar contra las representaciones sociales estigmatizantes



y de incluir a los usuarios de drogas en el diseño y el desarrollo del trabajo preventivo.

Las estrategias de intervención que se desprenden de la política de reducción de daños se caracterizan por (Baulenas, Borrás y Magrì, 1998):

- Ampliar el abanico de la oferta de atención, estableciendo objetivos múltiples e intermedios.
- Adaptar las intervenciones a la heterogeneidad de usuarios de drogas y a sus trayectorias individuales.
- Establecer una relación profesional-usuario de drogas más igualitaria, flexible y participativa en la toma de decisiones.
- Aceptar la ayuda para lograr el consumo controlado como un objetivo que se ha demostrado posible.
- Recursos más abiertos, amigables y no censuradores.

Estas estrategias dan lugar a varios tipos de acciones, que pueden ser implementadas conjunta o separadamente, de acuerdo a las realidades de cada comunidad. Como acciones habituales, agrupadas por su orientación a las distintas problemáticas, pueden señalarse las tendientes a:

- **Promover el consumo con menos riesgo.** Están dirigidas a la educación sanitaria y suelen tener lugar en los entornos próximos a los lugares de consumo. En el caso de usuarios de drogas inyectables, incluyen los programas de intercambio y/o distribución de jeringas, que se pueden realizar desde diferentes lugares (equipos móviles con agentes de salud en la calle, centros de atención primaria, hospitales, centros específicos, farmacias, etc.) y los centros de inyección segura.
- **Promover el sexo más seguro.** Proporcionan educación sobre sexualidad y prevención y favorecen el acceso a preservativos.
- **Brindar cuidados mínimos.** Ofrecen servicios de ayuda social y sanitaria de base, adaptados a los estilos de vida de los usuarios y facilitan el acceso a la red socio-sanitaria. Incluyen los programas de bajos requerimientos.
- **Reemplazar el uso de sustancias adquiridas en el mercado ilegal por sustancias prescritas.** Incluyen los programas de mantenimiento con metadona o los programas de dispensación controlada de heroína.
- **Promover el trabajo entre pares y la autoorganización de los usuarios de drogas.** Propician el protagonismo de los propios usuarios como agentes de prevención y por la defensa de sus derechos ciudadanos.

Aunque en la mayoría de los países, los programas de reducción de daños se han desarrollado prioritariamente en torno al consumo de drogas inyectables, su campo de acción es más amplio y su metodología es aplicable a cualquier tipo de usuario de drogas y a diversos tipos de daños.

### 3.3. La eficacia de los programas de reducción de daños

Muchos de los programas de reducción de daños orientaron su acción especialmente a los usuarios de drogas inyectables, población identificada como más vulnerable a la transmisión del VIH/sida por el uso compartido del material de inyección. Hay una amplia documentación internacional de los resultados de los programas orientados a esa población, que resulta importante para pensar cambios en los dispositivos de atención y en las políticas gubernamentales que favorecieron la disminución del impacto de la epidemia en diferentes contextos.

Numerosos estudios han mostrado que los usuarios de drogas son capaces de modificar sus conductas para reducir los riesgos relacionados con su consumo. De hecho, la introducción de los programas de reducción de daños ha conseguido la estabilización de la prevalencia del VIH y de otras infecciones sanguíneas entre los consumidores de drogas en aquellos lugares en los que se han implantado.

Tal es el caso por ejemplo de Australia, que ha adoptado a la reducción de daños como política oficial desde 1985. Las campañas públicas de información se construyeron reconociendo que muchos usuarios de drogas continuarían consumiendo más allá de los perjuicios que podría ocasionarles, por lo que siempre incluyeron información acerca de cómo descender los niveles de riesgo, más que subrayar la abstinencia como única meta a alcanzar. El primer programa no oficial de intercambio de jeringas se estableció en noviembre de 1986 y un mes después ya había programas de este tipo en el área pública de salud. El gobierno australiano también proveyó fondos a las organizaciones de usuarios de drogas que contribuyeron al desarrollo de este tipo de programas. Gracias a la aplicación temprana de medidas de reducción de daños, existen indicadores acerca del creciente control de la epidemia de hepatitis C, que es significativamente alta entre los usuarios de drogas que comparten el equipo de inyección (Rossi, 2001). Actualmente los investigadores australianos reconocen una prevalencia del 2% de VIH en la población usuaria de drogas inyectable y una prevalencia del 50% de hepatitis C, que tiende a disminuir (Wodak, 2000).

En un estudio realizado en cinco ciudades con poblaciones de UDIs que han mantenido una baja prevalencia del VIH (Glasgow, Escocia; Lund, Suecia; Nuevo Sur de Gales, Australia; Tacoma, EE.UU. y Toronto, Canadá) se observó que todas presentaban los siguientes componentes: comenzaron actividades de prevención cuando los niveles de infección eran aún bajos, brindaron equipos de inyección y esterilización y llevaron a cabo programas de acercamiento con usuarios de drogas inyectables (Des Jarlais *et al.*, 1995).

Por otra parte, la evaluación de los programas de reducción de daños indi-



ca que no han producido los efectos negativos que algunos presagiaban. La bibliografía internacional concluye que los programas de intercambio de jeringas reducen la transmisión del VIH, sin promover un aumento en el consumo de drogas (Paone et al., 1994; Lurie y Reingold, 1993). Tampoco aumentan el número de jeringas abandonadas en la vía pública (Doherty et al., 2000).

Un estudio norteamericano aplicó un modelo matemático simple, construido para estimar el número de infecciones por VIH que podrían haberse evitado si hubiese habido en EE.UU. la misma proporción de programas de intercambio de jeringas que hay en Australia. Indicó que se podría haber evitado la transmisión del VIH entre por lo menos 9.666 personas durante el período 1987-1995. A este dato se agregó el cálculo de 538 millones de dólares en gastos de atención a estas personas que también podrían haberse evitado (Lurie, 1997).

Además de intervenir tempranamente, los resultados de múltiples investigaciones sugieren que las medidas de prevención que pretendan ser efectivas, deben incluir programas comunitarios en los que los usuarios de drogas colaboren con la transmisión de medidas de cuidado. También es necesario promover el acceso a una gama más amplia de ofertas de servicios de tratamiento para usuarios de drogas.

### 3.4. La modificación de los dispositivos de intervención

Como señaláramos, los programas de reducción de daños orientados a usuarios de drogas construyen sus intervenciones considerando que la abstinencia no es la única meta a ser alcanzada. Para ello, los servicios son más accesibles a los usuarios tanto en cuanto a la localización como a la flexibilidad de horarios y a los requerimientos. En lugar de esperar la demanda espontánea, los centros difunden y ofrecen sus servicios en los locales de reunión de los usuarios de drogas y a través de sus redes de interacción habituales. El trabajo callejero constituye una estrategia clave. Estos programas se apoyan en la participación de los mismos usuarios de drogas como actores de la prevención.

A fin de eludir una construcción de la atención basada en modelos tradicionales, la psicopsicóloga Lía Cavalcanti propone la intervención comunitaria como una posibilidad de reducir los daños relacionados con las drogas fundada en una "asociación triangular entre las tres fuerzas esenciales de la intervención: los profesionales de la acción sanitaria y social, los propios usuarios de drogas y la población que pertenece al tejido social en el que se inscriben los problemas" (Cavalcanti, 1996: 42). El acento se coloca en la intervención social en los contextos de uso y en el reconocimiento de la pluralidad de modalidades de consumo; el trabajo colectivo en red es el vector esencial de este



tipo de acción. Por una parte, la prevención se dirige a los usuarios de drogas y, por otra, los otros sectores de la comunidad son activos. Toda la comunidad es susceptible de ser movilizada.

Los discursos que sostienen los dispositivos de reducción de daños son diferentes de los que mantienen y reproducen el abstencionismo. La reducción de daños concibe al usuario de drogas como a una persona responsable, con poder de acción en los colectivos en los que se inserta, por lo que lo considera un aliado en la prevención. Reconoce en las nuevas formaciones, sociales y discursivas, de incluidos-excluidos, integrados-vulnerables-marginales, la instalación e internalización de una nueva matriz simbólica y colectiva que implica nuevas fuentes de sufrimiento subjetivo y social. Descubre en el padecimiento<sup>15</sup> dos vertientes, uno de reconocimiento subjetivo y otro de reconocimiento social. En realidad, el dolor (tanto físico como mental) se vuelve significativo en la medida que obtiene reconocimiento social y se transforma en reivindicación (Bialakowsky *et al.*, 2001). Por ello, responsabilizar al usuario de drogas supone un trabajo con los procesos de construcción de identidad y de estigmatización social; se trata de revertir una posición de exclusión en una persona con una identidad subjetiva y socialmente connotada como desfavorable.

Los dispositivos de intervención aplican el control a las situaciones, no a los individuos. Este modo de acción institucional obedece a nuevos esquemas espaciales. Se trata menos de dividir el espacio social entre lugares cotidianos y de excepción (prisión y hospital) que de construir un ámbito continuo de control graduado con intensidades variables según los contextos. La descentralización y la constitución de una red plena de experiencias constituyen los sentidos de una acción distribuida e informal (De Munck, 1996).

La transversalidad reemplaza la división de trabajo anterior. Más que desde una función predeterminada (policía, medicina, ayuda social), la diferenciación de tareas está concebida como un conjunto de competencias integradas en una acción común definida a partir del problema a tratar. En consecuencia, los dispositivos pragmáticos de coordinación transversales se desarrollan ligando a interventores con competencias diversas.

La intervención, entonces, "se complejiza en el sentido de inscribirse en los nuevos paradigmas de atención entre cuyos atributos descubrimos: a) la complejidad contextual de la droga como objeto de consumo; b) la complejidad contextual de la droga como objeto de producción; c) el padecimiento social relacionado con el padecimiento subjetivo; d) la variación de los enfoques científicos para trabajar con objetos previamente definidos como complejos" (Bialakowsky y Cattani, 2001: 13).

15 El concepto de padecimiento es útil para reconocer el compromiso de la subjetividad en sus múltiples dimensiones (sufrimiento, deseo, placer, erotismo, emociones, etc.). Esta noción remite a vivencia, a experiencia, a acontecimiento significativo, y permite reconstituir conceptualmente materialidad y simbolización en los procesos de salud-enfermedad (Grimberg, 1997).



## Capítulo 4

# Evolución del "problema droga" en la Argentina

En los capítulos anteriores nos hemos referido a dos dimensiones del "problema droga" que no suelen tomarse en cuenta en los análisis: la *percepción social* y los *mecanismos de control*. Estas dos dimensiones se articulan estrechamente: las representaciones y creencias que una sociedad tiene de un fenómeno están fuertemente condicionadas por el tipo de respuestas institucionales y, simultáneamente, los mecanismos sociales (heterocontroles) que se ponen en juego para intentar controlarlo son coherentes con la percepción social dominante.

Ahora bien, como señalara González Zorrilla (1987) para el caso español, asociada a modificaciones en las medidas de control implementadas puede constatarse una evolución en las actitudes e imágenes de la opinión pública, que ha dado lugar a varias etapas. En el presente capítulo, reconstruiremos la manera particular que esta evolución tuvo en la Argentina. Para ello, utilizaremos un esquema abierto, de carácter multidimensional, que supone "por una parte, rehuir todo intento de establecer relaciones causales directas entre factores aislados y, por otra parte, dejar el sistema abierto a la inclusión de nuevas categorías" (Comas, 1995: 84).

Analizaremos el tipo de representación social hegemónica sobre las drogas y los consumidores, el tipo de respuestas sociales e institucionales dominantes en los distintos momentos históricos y la relación de estas dimensiones con algunos factores de carácter general. Entre las respuestas sociales e institucionales, incluiremos los instrumentos legales, los dispositivos represivos y los modelos preventivos y asistenciales.

Concluiremos que el "problema droga" comenzó a constituirse en problema social en la Argentina hacia finales de la década de 1960. Es durante estos últimos cuarenta años que el uso de ciertas sustancias progresivamente se ha convertido en motivo de creciente alarma social y se han multiplicado y diversificado los dispositivos sociales para su control. De este proceso no están ausen-

tes las confrontaciones y las luchas ideológicas por significar este objeto, histórica y socialmente construido.

#### 4.1. Vicios privados, virtudes públicas

En los inicios del siglo XX, también se advertía en la Argentina el proceso ya descrito, por el cual el uso de ciertas sustancias comenzaba a categorizarse como desviación y su control pasaba a ser asumido/disputado por la Medicina y la Justicia.

En 1919, una ordenanza del Departamento Nacional de Higiene prohibió la venta libre de medicamentos que contuvieran opiáceos o cocaína. Un año más tarde, en la Cámara de Diputados se presentó un proyecto de ley que proponía una reglamentación estricta de la importación, exportación, venta, prescripción y posesión de alcaloides, ante el cual la oposición reaccionó acaloradamente. Comenzó así un debate que continúa hasta nuestros días. Algunos diputados argumentaron "que una ley que interfiera con los 'vicios privados' de las personas es contraria al artículo 19 de la Constitución Nacional<sup>16</sup> y se contrapone al proyecto liberal y laico de la Argentina moderna, que no es compatible con la imposición de valores morales a los ciudadanos" (Weissmann, 2001: 119).

Finalmente, en 1921, se sancionó el Código Penal que "no contenía precepto alguno relacionado con la tenencia de estupefacientes" (Niño, 2001: 19) pero que en su artículo 204 reprimía a quien, estando autorizado para la venta de sustancias medicinales, las suministrara en especie, cantidad o calidad diferente a la prescripción médica o diversa de la declarada o convenida. Tres años más tarde, la Ley 11.309 impuso que los "alcaloides y narcóticos" se vendieran exclusivamente con receta médica y, en 1926, la Ley 11.331 penalizó a quienes poseyeran estas sustancias "sin motivos legítimos" (autorización para la venta o prescripción médica).

En cinco años se había producido un movimiento que hizo que se pasara de proteger a la población de la irresponsabilidad de los comerciantes a colocar la salud de los ciudadanos en manos del cuerpo médico, oportunamente asistido por la policía y los jueces. "Desde que un cierto número de políticos introdujeron la calificación moral de las drogas, según la cual su buen uso es decidido por la autoridad médica, se estableció una lucha por arrebatarse a los ciudadanos el derecho de regir un punto preciso de su intimidad" (Aureano, 1998: s/n).<sup>17</sup>

16 "Las acciones privadas de los hombres, que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley ni privado de lo que ella no prohíbe".

17 En francés en el original. Las traducciones son nuestras.



Cabe remarcar que si bien la posesión de ciertas drogas finalmente fue penalizada, su uso no constituía delito ni implicaba calificación alguna del consumidor. Vale decir, el hecho de que las personas consumieran sustancias psicotrópicas se concebía como un "vicio privado" y las advertencias educativas eran prácticamente nulas. Si el consumo acarrearba molestias y/o disfunciones era reconocido e interpretado como un problema toxicológico-psiquiátrico y merecía una intervención de carácter individual que no podía ordenarse judicialmente.<sup>18</sup> Los estereotipos dominantes concebían como drogas a la morfina y la cocaína, mencionadas en numerosos tangos anteriores a 1940,<sup>19</sup> en tanto que su consumo se vinculaba "al poder adquisitivo, al ascenso social, a la vida liviana y despreocupada. [...] también marca el inicio de un declive, la caída hasta un nivel inferior del que se partió" (D'Auria, s/f: s/n).

A estas imágenes del uso y de los usuarios de drogas, se correspondía una ausencia de dispositivos institucionales específicos. Desde el campo médico, si bien hubo algunos reclamos para la creación de un organismo especializado,<sup>20</sup> esta no se concretó hasta la siguiente etapa. Por otra parte, desde 1921, la Policía Federal Argentina tenía un Gabinete de Toxicomanía "que se encontraba ubicado lejos del núcleo central de la institución. Sus efectivos eran poco numerosos, 4 ó 5" (Aureano, 1998: s/n). Esta ausencia de políticas en el tema se observaba también en el escaso entusiasmo con que la Argentina adoptó los tratados internacionales de control de estupefacientes durante la primera mitad del siglo XX.

## 4.2. "Esto aquí no pasa"

La situación que describimos en el apartado anterior se mantuvo sin mayores cambios hasta la década de 1960. Si bien en el plano internacional la preocupación por el "problema droga" se hacía evidente, en la Argentina la opinión pública no mostraba interés por un tema percibido como ajeno. "Esto aquí no pasa" era la respuesta generalizada ante la imagen estereotipada del heroinómano (representado como el usuario de drogas "típico") que la literatura<sup>21</sup> mos-

---

18 "En 1939 [...] el Dr. Rogelio Carratalá, profesor titular de Toxicología de la Universidad de La Plata, todavía se lamenta de que 'no le es posible a un juez, frente a características de peligrosidad de un toxicómano, disponer su reclusión en establecimiento conveniente'" (Weissmann, 2001: 121).

19 Ver por ejemplo, el tango *Tiempos viejos*, de Canaro y Romero (1926): "Te acordás hermano que tiempos aquellos / Eran otros hombres, más hombres los nuestros / No se conocían cocó ni morfina / Los muchachos de antes no usaban gomina".

20 "En 1932 Juan Ramón Beltrán, profesor adjunto de Medicina Legal y de Psicología Experimental y Fisiológica en la Universidad de Buenos Aires, demanda la creación de un establecimiento oficial donde recluir a estos pacientes" (Weissmann, 2001: 120).

21 Ver William S. Burroughs (1953): *Junkie*. New York: Ace; Rene Barjavel (1970): *Caminos a Katmandú*. Buenos Aires: Emecé.



traba en los países centrales (EE.UU. y Europa occidental) o ante los usuarios de marihuana que la cinematografía local<sup>22</sup> circunscribía a reducidos y elitistas grupos de "snobs de clase alta y gente de la noche".

No obstante, la situación internacional había cambiado. "Era el inicio de la década de la rebeldía juvenil, de la llamada 'contracultura', de las búsquedas místicas, de los movimientos de protesta política, de las rebeliones de los negros, de los pacifistas, de la Revolución Cubana y los movimientos guerrilleros en América Latina, de la Alianza para el Progreso y de la guerra de Vietnam. Se estaba trastocando el 'American Way of Life' de los años anteriores" (Del Olmo, 1988: 19).

En 1961, 74 naciones firmaron la Convención Única sobre Estupefacientes. "Este instrumento es el modelo de la orientación represivo-terapeutista que comienza a abrirse paso como pauta a la vez civilizada y firme en el campo" (Escohotado, 1989: 377). La Convención planteaba la necesidad de codificar las normas existentes, simplificar y modernizar los mecanismos de fiscalización y extenderlos a los cultivos de coca y marihuana. "Uno de los aspectos destacables de la Convención es la diferencia entre *use* y *abuse*, que se desliga claramente de consideraciones farmacológicas. [...] Lo que distingue el uso del abuso de drogas –el 'consumo' del 'uso indebido', empleando la terminología española– es la 'autorización legal', exclusivamente" (Escohotado, 1989: 378). La Convención inauguró el sistema por el que clasificó a las sustancias en cuatro listas. Las incluidas en la Lista I (opio, cocaína, cannabis, sus derivados y numerosas sustancias sintéticas) fueron denominadas *estupefacientes* y sometidas a un control extraordinario que, en la práctica, implicaba su interdicción.

La Argentina rápidamente la ratificó mediante el Decreto 7.672 de 1963 y, posteriormente, la Ley 17.818, sancionada en 1968, reprodujo las definiciones y el sistema de listas previstas en la Convención Única. Ese mismo año, una reforma general del Código Penal (Ley 17.567) "introdujo, por primera –y hasta el momento, única– vez en la historia del Derecho Penal argentino una cláusula que dejaba expresamente fuera de su régimen a quien tuviera en su poder sustancias estupefacientes o materias destinadas a su preparación en cantidades que no excedieran de 'las que corresponden a un uso personal'" (Niño, 2001: 20).

No deja de resultar sorprendente que la hasta la actualidad controvertida figura de despenalización de la tenencia para uso personal haya sido implantada por un gobierno de facto<sup>23</sup> que se planteaba la recuperación de los "valo-

22 Ver *Humo de marihuana*, film de Lucas Demare estrenado el 17 de mayo de 1968.

23 Tras el derrocamiento del gobierno radical de Arturo Illia, el 28 de junio de 1966, se abrió un nuevo período de gobiernos militares en la historia argentina denominado la "Revolución Argentina", que culminó con el retorno del peronismo al poder en 1973. Tres gestiones se repartieron este período: la del general Juan Carlos Onganía (junio de 1966-junio de 1970), la del general Marcelo Levingston (junio de 1970-marzo de 1971) y la del general Alejandro Agustín Lanusse (marzo de 1971-mayo de 1973).



res perdidos" y se caracterizó por su carácter autoritario, conservadurismo e intención moralizante. Señal quizá de la escasa alarma social que el "problema droga" suscitaba en la sociedad argentina. Sin embargo, como subraya Aureano, simultáneamente se reformaba el Código Civil para permitir la declaración de inhabilitación y la internación compulsiva de los usuarios de drogas. Quien se declarara "toxicómano" podría quedar liberado de responsabilidad penal pero "el precio a pagar es más alto de lo que se dice: reconocerse toxicómano no es una acción sin consecuencias en el plano individual y jurídico" (Aureano, 1998: s/n).

Estas reformas crearon nuevas necesidades de orden conceptual y práctico. La categoría de "vicio" comenzó a ser desplazada por un lenguaje técnico, aparentemente neutro, que incorporaba las nociones de *abuso* y *dependencia* introducidas por los organismos internacionales. Comenzó a imponerse el modelo médico sanitario. En el plano de los dispositivos institucionales, si bien comenzaban a crearse y ampliarse ciertos organismos, no se perfilaba aún un campo autónomo de intervención. En la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires se creó en 1966 un centro que daría origen a "la primer institución especializada en el tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes: el FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica)" (Calabrese, Carballeda y Cotelo, 1992: 3).<sup>24</sup> Por otra parte, el pequeño Gabinete de la Policía Federal elevó su rango jerárquico y se transformó a finales de la década de 1960 en una División de Toxicomanía; al mismo tiempo se desarrolló la primera red policial antidrogas en el ámbito nacional y se iniciaron operaciones conjuntas con organismos internacionales en cuyo marco, policías argentinos se formaron en los EE.UU.

### 4.3. "Sexo, droga, *rock and roll*" o la peligrosa juventud

En la década de 1970, tanto las condiciones del contexto internacional como las del nacional impulsaron un cambio radical en la construcción del "problema droga" en la Argentina.

En 1971, la Convención de Viena sobre sustancias psicotrópicas extendió el sistema internacional de fiscalización e incluyó en la Lista I a los alucinógenos (LSD, mescalina, psilocibina).

En los EE.UU., el presidente Nixon calificaba a la heroína como "el primer enemigo público no-económico [...] = [Esto] permitía iniciar el discurso político para que la droga empezara a percibirse como amenaza al orden" (Del

---

24 "[...] fundada en el año 1966 por el Profesor Emérito Dr. Alberto Italo Calabrese para trabajar en el campo relacionado con las farmacodependencias (alcoholismo y drogadicción) [...]. Su primer lugar de funcionamiento fue en dependencias de la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, donde actuó hasta el año 1980" (FAT, s/f).



Olmo, 1988: 27). En julio de 1973, Nixon creó la Drug Enforcement Administration (DEA) para que coordinara todas las acciones "antidrogas".

En el ámbito nacional, en el marco de una época turbulenta, signada por la efervescencia y la violencia políticas, este discurso también se impondría rápidamente. Se configuraron así nuevos estereotipos: las sustancias percibidas como "drogas" pasaron a ser los alucinógenos, en particular el LSD, y la marihuana y su consumo se interpretaba como una señal de oposición a la sociedad. La imagen social del usuario de drogas era la de un sujeto "peligroso para la seguridad", un joven contestatario que cuestionaba el orden establecido. El "problema droga" comenzaba a transformarse en un problema político.

Ante la creciente alarma social, comenzó a perfilarse un rol que adquiriría perfiles multifacéticos, el de "experto" en drogas, y se iniciaron las instituciones especializadas. En 1971, se crearon el Servicio de Toxicomanías en el Hospital Borda<sup>25</sup> y el Centro de Prevención de la Toxicomanía (CEPRETOX) en la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Mientras que el primero funcionaba como servicio de hospitalización el segundo ofrecía, además de tratamiento ambulatorio, actividades de información y preventivas. "Los psiquiatras, los médicos y los toxicólogos van así a probar sus conocimientos teóricos sobre los jóvenes que, en razón de sus actitudes y de su vestimenta, llamaban la atención de las brigadas de estupefacientes. [...] Los signos de evaluación sirvieron para establecer un diagnóstico oficial de toxicomanía derivado, en efecto, de la observación de los jóvenes detenidos e internados por la policía entre 1971 y 1973 en el hospital Borda" (Aureano, 1998: s/n).

Por otra parte, para dar cumplimiento a las obligaciones impuestas por las convenciones internacionales, la Argentina comenzó a delinear una política en materia de drogas. En tal sentido, el gobierno del general Lanusse creó en 1972 la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON),<sup>26</sup> que tenía entre sus funciones "planificar y proponer la ejecución de programas de prevención y educación, para protección de la comunidad; asistenciales para tratamiento específico; de rehabilitación familiar y reubicación laboral por medio de agencias sociales, jurídicas y de represión, a través de los órganos específicos de seguridad" (Decreto 452, art. 6). El decreto de creación preveía que la presidencia de la CONATON la ejerciera el ministro de Bienestar Social, asistido por un secretario ejecutivo; esta designación recayó en el psiquiatra Carlos Cagliotti.

25 Inaugurado en 1887 como Hospicio de las Mercedes, cambió su denominación por la de Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres en 1949 y, en 1967, por la de Hospital Nacional José T. Borda. Hoy tiene el nombre de Hospital Municipal José T. Borda.

26 La CONATON era un organismo dependiente del Ministerio de Bienestar Social y estaba integrada por representantes de ese Ministerio (Subsecretarías de Salud Pública, del Menor y la Familia y de Promoción y Asistencia Social), de los Ministerios del Interior, Justicia, Cultura y Educación, Relaciones Exteriores y Culto, Defensa y Trabajo, representantes de los organismos de Seguridad (Policía Federal y Secretaría de Informaciones del Estado) y de la Universidad de Buenos Aires.



En setiembre del mismo año, y en el marco de un acuerdo de cooperación con los EE.UU., se creó una comisión binacional argentino-norteamericana de lucha contra las drogas que impulsó la adopción de medidas más decididas.

Al año siguiente se creó el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARES), como ente descentralizado en jurisdicción del Ministerio de Bienestar Social. Su objeto se definió como "la asistencia integral de personas adictas a sustancias estupefacientes o psicotrópicas causantes de dependencia psíquica o física, y desarrollará tareas de investigación biomédica, psicológica y social, como asimismo de capacitación en servicio para personal especializado" (Ley 20.332, art. 2).

Cagliotti también fue designado como director del CENARES, cargo en el que permaneció hasta 1987. "La decisión de crear el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARES) fue, evidentemente, la consecuencia lógica de una sana y certera política de asistencia social a la comunidad frente al problema que constituye en el país el auge o incremento del uso indebido de drogas -especialmente por la adolescencia y la juventud- con sus consiguientes implicancias de daño individual y de perturbación social. Una acción reeducadora y resocializadora aparecía, entonces, como indispensable" (CENARES, 1974: 7).

La orientación de este Centro fue definida como "interdisciplinaria" y su equipo básico de trabajo estaba integrado por "psiquiatras, psicólogos, médicos clínicos, toxicólogos, epidemiólogos, terapeutas ocupacionales, sociólogos, antropólogo social, asistentes sociales, psicopedagogos, docentes y educadores, enfermeras, auxiliares técnicos, operarios a cargo de grupos de trabajo y otro personal específico del instituto" (CENARES, 1974: 52). Comenzaba a perfilarse así el modelo psicosocial.

Similar integración interdisciplinaria se producía en el FAT, no ya con un enfoque reeducador, sino encuadrando su trabajo "dentro de una sociología crítica, que trata de descubrir estereotipos de conducta al margen de un desarrollo causal [...] Una sociología crítica implica una ética: hasta aquí 'tiempo libre' significaba 'pasa-tiempo'; lo contrario es 'tiempo creador', de una sociedad que se transforma en sus individuos responsables del futuro a realizar" (Herrero et al., 1975: 3). A diferencia del modelo psicosocial, para el que la prevención debía intervenir en la formación de actitudes y comportamientos, el modelo ético social "plantea para la prevención una intencionalidad transformadora al problematizar el significado social del consumo de drogas" (Touzé, 1992: 7).

En forma paralela, comenzaban a gestarse en el país grupos de autoayuda, organizados alrededor de ex adictos, con frecuencia ligados a una iglesia (evangélica en la mayoría de los casos). Estos grupos o "comunidades" planteaban la búsqueda de estilos de vida "alternativos", impregnados de fuertes contenidos religiosos. Carlos Novelli, figura paradigmática en este sentido, constituyó en



1973 el Programa Andrés.<sup>27</sup> Para la misma época, y con fuerte influencia de grupos similares de los EE.UU, se creó la Asociación de Padres para la prevención del uso de estupefacientes (APPUE), que privilegió su accionar preventivo en escuelas de sectores medios y altos.

En términos de las intervenciones preventivo-asistenciales, en esta década se echaron las bases para la construcción social del proceso de salud-enfermedad-atención<sup>28</sup> de los problemas relacionados con las drogas. La creación, en 1971, de los primeros centros mencionados abonó una construcción inicial del uso de drogas como un problema psiquiátrico-toxicológico, cuyo control fue confiado a profesionales médicos, para pasar en las propuestas del CENARESO y del FAT, a ser "percibido, categorizado y significado" como problema psico-socio-cultural, para el cual se requería la presencia de otros profesionales. Con la figura del ex adicto, se inició una nueva disputa por la hegemonía del control sobre la "rehabilitación" y la "prevención": aliados en contra de la respuesta "jurídica", profesionales y ex-adictos reclamaban para sí el monopolio de la atención.

Entre tanto, el 27 de abril de 1973 se suscribió en Buenos Aires el Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos (ASEP), por el que los países del subcontinente se comprometían a "instrumentar las medidas necesarias a fin de lograr una estrecha colaboración y un intercambio eficaz de información en todo lo relativo a la lucha contra el uso indebido de estupefacientes y psicotrópicos, en especial lo referente a: a) control del tráfico ilícito; b) represión del tráfico ilícito; c) cooperación entre órganos nacionales de seguridad; d) armonización de las normas penales y civiles; e) uniformidad de disposiciones administrativas que rigen el expendio; f) prevención de la drogadicción; g) tratamiento, rehabilitación y readaptación de los toxicómanos" (Art. 1).

Tras la asunción del presidente electo Héctor Cámpora, el 25 de mayo de 1973, se derogaron las normas penales sancionadas durante la dictadura militar entre 1966 y 1973. "En materia de legislación anti-drogas, esto significó el restablecimiento de las leyes promulgadas en los años 1920 [...]. Parece justo pensar que, bajo estas circunstancias, las diversas instituciones de lucha contra la toxicomanía y el tráfico de drogas hayan demandado una puesta al día de la legislación nacional" (Aureano, 1998: s/n).

Esta no se hizo esperar; contribuyó a consolidar el estereotipo del usuario

27 Testimonio de Andrea Novelli, viuda del pastor Carlos Novelli: "Carlos veía, que fue lo que a mí me quedó, a la persona como a un ser íntegro, con cuerpo y espíritu, como podría llegar a ser si Cristo se despertara en tu interior (su muletilla era 'si Cristo se te mete adentro), de una forma holística, un ser espiritual al que lo primero que se le brindaba era un techo, un ámbito amoroso, en el que él pudiera elegir otra cosa" (El Dinámico, s/f).

28 "Definimos como construcción social de los procesos de salud-enfermedad-atención al proceso de condicionamiento recíproco entre las representaciones y las prácticas, desarrolladas tanto por los 'especialistas' del campo -incluidos los distintos niveles de atención institucional y no institucional y los diversos conjuntos sociales" (Grimberg, 1995: 37).



de drogas como enemigo político, y a ampliar los mecanismos de persecución, en particular a los jóvenes, sindicatos alternativa y complementariamente de "drogadictos" y "subversivos".

Tras la muerte del presidente Perón,<sup>29</sup> el poderoso ministro de Bienestar Social, José López Rega, presentó un proyecto de ley con los siguientes fundamentos: "Las conductas reprimidas [el tráfico y el uso de drogas] constituyen un atentado contra la seguridad nacional, ya que ellas provocan la destrucción de los aspectos fundamentales de la personalidad. Esta ley tiene por objetivo la defensa del país, que supone la preservación del individuo y de todas las relaciones sociales que puedan afectarle" (Citado en Aureano, 1998: s/n).<sup>30</sup> El 18 de octubre de 1974 se sancionó la Ley 20.771 que "mantuvo el grueso de sus disposiciones al margen de ese cuerpo orgánico [el Código Penal], como una ley penal especial. [...] las escalas penales del tráfico treparon a cotas mucho más altas que las precedentes [...] impedían la excarcelación de los imputados. [El art. 6º] pasó a reprimir con prisión de uno a seis años y multa al que tuviere en su poder estupefacientes, aunque estuvieran destinados a un uso de tal carácter [consumo personal]" (Niño, 2001: 20-21).

Después de la promulgación de la Ley 20.771, el ministro López Rega, fundador de la Triple A (Alianza Anticomunista Argentina) "transmitió a la policía la idea de considerar la prevención de la toxicomanía como una faceta de la lucha contra la subversión. [...] En el plano institucional, la relectura del consumo de drogas a la luz de la doctrina de la seguridad nacional alentó la creación de un Departamento de toxicomanía, formado por tres divisiones y dotado de 6 brigadas, equipadas por los EE.UU. [...] Es la primera fuerza de policía en el mundo, según Interpol, en tener dentro de su estructura organizacional una sección [la División de Prevención de la Toxicomanía] consagrada 'a sensibilizar a la población [de los perjuicios de la droga], y sobre todo a los jóvenes'. [...] La Policía Federal Argentina se convirtió en el motor de la prevención de la toxicomanía en Argentina" (Aureano, 1998: s/n).

No resulta un dato menor para confirmar esta construcción del "problema droga" como "peligro para la seguridad nacional", el hecho de que la Ley 20.771 se sancionara casi simultáneamente con la Ley 20.840 de "Seguridad nacional. Penalidades para las actividades subversivas en todas sus manifestaciones"; meses más tarde, María Estela Martínez de Perón dictaría el Decreto 261 que ordenaba "aniquilar" la subversión.

La dictadura instaurada a partir del golpe militar de marzo de 1976<sup>31</sup> no

---

29 El general Juan D. Perón fue elegido presidente en octubre de 1973, en una elección especial, tras la renuncia de Cámpora. A su muerte, el 1 de julio de 1974, lo sucedió la vicepresidenta, María Estela Martínez de Perón.

30 De "Debate Ley 20.771" en: *Diario de sesiones* (1974). Buenos Aires: Cámara de Diputados.

31 El 24 de marzo de 1976 María Estela Martínez de Perón fue detenida y asumió el poder la Junta de Comandantes, designando como presidente de facto a Jorge Rafael Videla. Con el comienzo de el autodenominado "Proceso de Reorganización Nacional", que impuso el terrorismo de Estado, se inauguró el proceso autoritario más sangriento que registra la historia de Argentina.



hizo sino profundizar esta representación. El difundido mensaje "¿Sabe usted dónde está su hijo en este momento?"<sup>32</sup> constituye un ejemplo clave de la prevención asimilada al control. Un famoso fallo de la Corte Suprema de Justicia de 1978 (el caso Colavini) "podría verse sinópticamente afirmando que la actitud de un joven solitario, consistente en fumar un cigarrillo de marihuana en una plaza desierta del Gran Buenos Aires, no sólo habría puesto en jaque la salud pública sino la seguridad nacional, habida cuenta de que el poder del narcotráfico dependería de la existencia de consumidores como el allí procesado" (Niño, 2001: 21).

En junio de 1976 se firmó un acuerdo entre el gobierno de los EE.UU. y el CENARESO para la lucha contra el uso indebido de drogas y el tráfico ilícito. "Esto implicó que una institución de corte asistencial se involucrara en el tema de la lucha contra el tráfico de drogas. Tal situación, de alguna manera, marcó las políticas y acciones relacionadas con el tema hasta el año 1983, las cuales se relacionaron a partir de allí con la CONATON, las Comisiones Provinciales y el CENARESO, ya no sólo como centro asistencial sino como generador de políticas en el tema a nivel nacional e internacional" (Calabrese, Carballeda y Cotelo, 1992: 22).

Por otra parte, en 1977 se puso en marcha el Proyecto DINEMS-Unesco-FNUFUID (Dirección Nacional de Educación Media y Superior - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura - Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas), con la intención de planificar "acciones escolares tendientes a formar jóvenes que puedan hacer elecciones responsables y esclarecidas, relacionadas con su salud psicofísica y espiritual" (Proy. DINEMS-Unesco-FNUFUID, 1981: 2).

Completando el panorama institucional de la década, en 1979 el Servicio Penitenciario Federal inauguró el Centro de Recuperación de Toxicómanos en el interior de la Unidad Penitenciaria N° 1 (cárcel de Caseros). Allí se alojaba a los infractores de la Ley 20.771 quienes además de cumplir la pena privativa de la libertad eran sometidos a tratamiento. El Centro fue destruido en un incendio durante un motín en 1984.

#### 4.4. "Donde la droga pasa, la droga queda"

Hacia fines de la década de 1970, EE.UU. veía crecer el uso de cocaína entre su población, mientras se modificaban los patrones de su consumo. Alrededor de esta sustancia -producida exclusivamente en América Latina- se construiría un nuevo discurso sobre las drogas, que colocaba el énfasis en los aspectos econó-

32 Mensaje publicitario oficial muy utilizado en 1976 y 1977. Se empleaba en forma indistinta, tanto para "alertar" y "responsabilizar" a las familias sobre las posibles actividades "subversivas" de sus hijos, como para advertir sobre el uso de drogas.



micos y políticos. Para entender el particular impacto de este discurso en la región, debemos señalar tres constantes geopolíticas en el continente americano.

Nos referimos, en primer lugar, a la crisis de las economías de América Latina (recesión, desfavorables términos de intercambio, endeudamiento externo, desempleo creciente, etc.). Como señala Rosa Del Olmo (1999: 59), la constante de la crisis económica "permite explicar de manera realista el desarrollo y consolidación de la industria de las drogas, en el continente americano en la década de los ochenta, y en especial, el hecho de que amplios sectores de la población hayan tenido que dedicarse a la actividad productora, exportadora y de mantenimiento y apoyo logístico a ese negocio". La segunda constante geopolítica fundamental es la guerra contra la insurgencia, "ya que no sólo el gobierno de Estados Unidos, sino los gobiernos del resto del continente, la han convertido en eje central de sus políticas, y [...] todos la han tratado de relacionar con las drogas, desde que Estados Unidos las calificó como un problema de Seguridad Nacional. Para establecer la vinculación entre ambas guerras, y la conexión entre los *dos enemigos principales*, se han difundido los términos de *narcoguerrilla*, *narcoterrorismo*, *narcosubversión* o *narcoinsurgencia*" (Del Olmo, 1999: 60).

A pesar de que la Argentina no es un país productor de drogas ilegales y que no sólo los grupos armados sino toda forma de contestación política habían sido violentamente reprimidos por la "guerra sucia" de la última dictadura militar, el país no escapó a la tercera constante geopolítica de primer orden en todo el continente. Nos referimos a la "guerra contra las drogas" que declaró el presidente Ronald Reagan en febrero de 1982, al considerar que el alto consumo de drogas en los EE.UU. era un problema externo que debía combatirse en el exterior. Esta estrategia hacía responsable al eje de la oferta –no así al de la demanda– y, como consecuencia, culpabilizaba al *enemigo externo* y creaba el estereotipo delictivo latinoamericano (especialmente colombiano). Se consolidó así el discurso jurídico transnacional y el control de las drogas se internacionalizó. En términos de estrategias preventivas, Nancy Reagan lanzó su campaña "Just Say No" (sólo di no), el 24 y 25 de abril de 1985, durante la conferencia anual del Instituto de Padres de Familia que Administran Recursos para Educación sobre Drogas (PRIDE) celebrada en Atlanta, Georgia, y a la que habían sido invitadas las primeras damas.

Entretanto, con la asunción como presidente de Raúl Alfonsín, en diciembre de 1983, la Argentina retornaba a la democracia. "En el clima generado por la transición, los funcionarios difícilmente podían mostrarse autoritarios, y la lucha anti-droga había sido ampliamente denunciada como una de las prácticas más abusivas de la dictadura militar. El rol del Estado frente a la toxicomanía será ahora definido de manera más tolerante. [...] De la ambivalencia tradicional entre el toxicómano culpable y el toxicómano enfermo, la nueva administración prefirió al enfermo" (Aureano, 1998: s/n). No obstante, a fines de



1984 el Departamento de Toxicomanías de la Policía Federal Argentina (PFA) fue reemplazado por la Dirección General de Drogas Peligrosas. "El lobby policial y el deseo del gobierno de Alfonsín de readaptar la policía a la vida democrática dieron por resultado una reestructuración general de la PFA. [...] El organigrama de la Dirección general de drogas peligrosas revela bien cuáles eran las tareas a las que se apuntaba. El nuevo organismo comportaba dos departamentos: el Departamento de tráfico ilícito, con dos divisiones, una tenía por mandato elaborar las estadísticas, la otra buscar a los consumidores en la calle. El segundo departamento tenía por misión la prevención de la toxicomanía, con una división que se ocupaba de la propaganda preventiva y la otra de la formación profesional" (Aureano, 1998: s/n).

La imagen social del usuario de drogas comenzó a distinguir entre el "adicto" enfermo y el "traficante" delincuente. Si bien esta representación disminuía los contenidos represivos del discurso jurídico, contribuyó a crear un nuevo estereotipo: el del usuario de drogas como "autodestructivo". Se estableció un vínculo necesario entre consumo y dependencia y se consideró a esta como irreversible. Respecto de las sustancias consideradas "drogas", el concepto se amplió más allá de las ilícitas. "Subrayemos que, en la Argentina, la mayoría de los adictos lo son a fármacos de producción farmacéutica y no a las drogas de producción ilegal, lo que facilita la difusión del fenómeno. De acuerdo con nuestra experiencia, la tendencia en la última década es, como contrapartida de la anterior, la de acrecentar la poliadicción a fármacos de producción legal" (Boccia y Calabrese, 1984: 7).

La transición democrática legitimó nuevos discursos preventivos, amplió y diversificó la oferta asistencial y reavivó un fuerte debate legislativo; el "problema droga" pasó a ocupar un lugar relevante en la agenda pública.

El 26 de julio de 1985, por Decreto 1.383, se creó la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD) que funcionó en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social bajo la presidencia del titular de dicho Ministerio y con las tareas ejecutivas a cargo de un vicepresidente ejecutivo. El objeto de la CONCONAD era entender en el análisis y propuesta al Poder Ejecutivo Nacional de una política nacional en materia de lucha contra el tráfico y consumo indebido de drogas, así como en la propuesta de las medidas y acciones necesarias para instrumentar esa política.

En 1986, la CONCONAD presentó oficialmente ante el Fondo de las Naciones Unidas para el Control del Abuso de Drogas (UNFDAC), el Plan Maestro para la implementación y apoyo a las actividades del Plan Nacional de Control del Narcotráfico y Prevención del Uso Indebido de Drogas 1986-1989, que describía la situación en los siguientes términos: "Si bien no podemos decir que la República Argentina sea un país de producción de drogas ilícitas o que el consumo de éstas haya adquirido proporciones alarmantes, (no se registran consumidores de heroína), se la considera país de tránsito de dro-



gas ilícitas y productora de sustancias precursoras o químicas esenciales. Asimismo las estadísticas existentes muestran un aumento rápido del consumo en los diez últimos años de las drogas en el siguiente orden: 1) Marihuana (hay un alarmante crecimiento del ingreso de esta droga al país y se registra un aumento de la producción local). 2) Psicofármacos (sobre todo anfetaminas y barbitúricos). 3) Cocaína (clorhidrato y sulfato). 4) LSD 25. [...] El Gobierno Nacional ha decidido enfrentar decididamente el problema del narcotráfico y el abuso de drogas aprovechando la posibilidad de combatirlo desde una óptica preventiva, que permite la planificación y programación coherente, privada de la urgencia de enfrentar un problema incontrolable" (CONCONAD, 1986: 1). Este Plan Maestro constituía un marco general para la solicitud de financiamiento dirigida principalmente al UNFDAC, que apoyaría varios proyectos en los años sucesivos.

Con el retorno de la democracia se había afianzado el rol de la sociedad civil y la participación social. Esto introdujo nuevos actores y discursos alrededor del "problema droga". La CONCONAD (1986: 9) "en su estructura institucional es asistida por dos Comités: el Comité Técnico, formado por organismos gubernamentales, y el Comité Asesor, representado por organismos no gubernamentales". Las organizaciones de la sociedad civil u organizaciones no gubernamentales (ONGs) comenzaban a expandirse y ocupar un espacio que se definiría drásticamente en la década de 1990, con la reconversión de las políticas sociales. A mediados de los ochenta, en el campo de las drogas su presencia se limitaba casi exclusivamente a las decanas Fondo de Ayuda Toxicológica, Programa Andrés y APPUE, y a la Fundación Viaje de Vuelta, creada a principios de la década. Hacia fines de los ochenta, las ONGs con trabajo en drogas se habían multiplicado y su número crecería en forma sustantiva durante los noventa. Un papel central lo cumpliría la Fundación Convivir, constituida el 27 de junio de 1985. Presidida por Anne Morel de Caputo, esposa del canciller argentino, y dirigida por Silvia Alfonsín de Martínez Kane, hermana del presidente, se constituyó en una entidad de apoyo a la tarea gubernamental, en especial en las áreas de prevención e investigación.

Como producto de un convenio marco tripartito firmado entre la CONCONAD, la Fundación Convivir y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) se desarrollaron varias líneas de investigación. Resulta interesante observar los temas de dichos estudios, que indican las preocupaciones y orientaciones de la época (Bialakowsky, 1986): "Estudio de la problemática del adolescente y su relación con el uso y abuso de drogas" (Investigadoras principales: M. Schufer, A. Méndez Diz y A. Teisaire), "Detección de familias vulnerables y estrategias de intervención preventivas" (Investigadora principal: A. Kornblit), "Farmacodependencia (Alcoholismo y Drogadicción) en barriadas bonaerenses" (Director: J. Samaja), "Diagnóstico de la participación de los jóvenes" (Directora: G. di Marco), "Inserción de la temá-



tica de la drogadicción en el diseño curricular universitario" (Director: A. Bialakowsky).

En materia preventiva, se imponían nuevos contenidos. "Creemos que gran parte de la etiología de la creciente adicción a las drogas parte del divorcio existente entre los valores y las metas sociales propuestos, y los aceptados por el adolescente. De ahí que buscamos reeceptar y revalorizar las inquietudes surgidas desde el adolescente, individual y grupalmente, y que, en forma sinérgica con la receptividad que dé la comunidad a éstas, reviertan en un proyecto social compartido" (Calabrese *et al.*, 1985: 10).

Por primera vez, comenzaron a divulgarse campañas de comunicación social, con mensajes muchas veces encontrados. En 1987, la CONCONAD publicó una campaña en medios gráficos, con el eslogan "Te queremos aquí".<sup>33</sup> En 1988, el Consejo Publicitario Argentino, con el respaldo de la Fundación Cedro, lanzó una primera campaña con el eslogan "Destruyamos la droga, en familia", con el mensaje "La droga es un viaje de ida. No te subas"; en 1989 y 1990, la segunda campaña fue "No dejes que la droga te atrape. Ser o no ser. vos elegís".

A fines de 1986 se sancionó la Ley 23.358 que establecía que "El Poder Ejecutivo Nacional por intermedio del Ministerio de Educación y Justicia incluirá en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria los contenidos necesarios con el fin de establecer una adecuada prevención de la drogadicción" (Ley 23.358, art. 1). Con este fin, dicho Ministerio puso en ejecución el Programa Nacional de Educación Preventiva, que incluyó –entre otras acciones– proyectos de capacitación a los docentes.

El "problema droga" también tuvo un lugar de relevancia en la formación superior. En 1988 se inauguró la Carrera Interdisciplinaria de Especialización en la Problemática del Uso Indebido de Drogas, dependiente del Centro de Estudios Avanzados de la Universidad de Buenos Aires, merced a un convenio entre esa casa de estudios y la Fundación Convivir, que obtuvo apoyo financiero de la Unión Europea.

En esa época, los organismos internacionales incorporaban nuevos mandatos con el objeto de adoptar métodos participativos en sus programas y proyectos y el papel de las ONGs comenzaba a ser valorado también en esos foros. A finales de 1986, tuvo lugar en Estocolmo la Conferencia Interregional para el Involucramiento de las ONGs en la Prevención y Reducción de la Demanda de Drogas, de la que participó una delegación argentina. Como resultado de las recomendaciones allí efectuadas, poco tiempo después se creó la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y

33 "AQUÍ TE QUEREMOS. Junto a la vida. Íntegro e integrado a la sociedad. Ocupando el lugar que te pertenece. Haciéndote oír y escuchando. Dispuesto a tomar y retomar la vida. TE QUEREMOS AQUÍ. Comunicándote. Integrado. Porque la soledad sugiere a veces caminos falsos. Libre. Porque la libertad no nos reclama. Nos da vida. AQUÍ TE QUEREMOS. Para compartir. Y preguntarnos: ¿Hay algo mejor que la vida para vivir? Porque sos único e imprescindible. Y porque queremos la vida: TE QUEREMOS AQUÍ."



el Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA), cuyo principal objetivo es "enlazar las distintas instituciones en políticas complementarias de capacitación, integración de recursos, proyectos comunes de prevención e investigación, proponiéndose al mismo tiempo la formalización de convenios ante los poderes públicos, a través de los que pueda actuar como organismo asesor de las estructuras gubernamentales. [...] FONGA propende al diálogo entre profesionales, no profesionales, investigadores y docentes" (FONGA, s/f).

Comenzaba a configurarse un nuevo modelo asistencial que intentaría saldar la antigua rivalidad entre los ex adictos y sus "comunidades de vida" y los profesionales y sus dispositivos de salud (mental). Jugaría un papel central en ello el Proyecto AD/ARG/87/525 del cual participaban el Gobierno Nacional, el FNUFUID y el Centro Italiano di Solidarietà. Entre 1988 y 1990, en el marco de este proyecto, se capacitaron en el modelo de Progetto Uomo<sup>34</sup> 27 operadores socioterapéuticos en prevención y tratamiento de adictos a drogas en Italia y 189 en Argentina. El 50% de estos operadores correspondían a profesionales tradicionales y el resto a profesionales no tradicionales.<sup>35</sup> De estos últimos, el 41% eran ex adictos. Muchos de estos recursos capacitados en el modelo de comunidad terapéutica "a la italiana" crearían programas de estas características, tanto en el ámbito gubernamental como en el no gubernamental.<sup>36</sup>

La transición democrática introdujo también aires de renovación en el plano legal. "Paulatinamente ganó terreno la postura judicial empeñada en someter a un serio control de constitucionalidad a la disposición que penaba sin excepciones la tenencia de estupefacientes" (Niño, 2001: 21). Mientras varios proyectos de ley sobre estupefacientes se presentaban en ambas cámaras legislativas, sin llegar a acuerdos sobre la figura de la tenencia para uso personal, la Corte Suprema de Justicia dictaminó en agosto de 1986, la inconstitucionalidad del artículo 6º de la Ley 20.771, que la penalizaba, por considerarla una intromisión en la intimidad del individuo (Caso Bazterrica).

34 La "filosofía" de Progetto Uomo (Proyecto Hombre) fue adoptada por buena parte de las comunidades terapéuticas en Argentina: "Estamos aquí porque no hay ningún lugar donde escondernos de nosotros mismos. Hasta que una persona no se confronta a sí misma en los ojos y en el corazón de los otros, escapa. Si no permite a los otros compartir sus secretos, estará solo. Temeroso de ser conocido, no podrá conocerse a sí mismo ni a los otros. Dónde sino en nuestros puntos comunes podremos encontrar tal espejo? Aquí, juntos, una persona puede manifestarse claramente a sí misma, no como el gigante de sus sueños ni el enano de sus miedos, sino como un hombre parte de un todo con su contribución para dar. Sobre este terreno, todos nosotros podemos echar raíces y crecer. Ya no solos como en la muerte sino vivos, para nosotros mismos y para los demás". Este mensaje fue escrito en 1964 por un miembro de un grupo terapéutico del Instituto Casriel, de EE.UU.

35 "Definimos como Profesionales Tradicionales a aquéllos con formación en instituciones oficiales con título habilitante específico para trabajar en salud mental, y Profesionales No Tradicionales a aquéllos que, con título oficial o no, previa capacitación, trabajan en prevención y rehabilitación de tóxicodependientes" (De Dominicis y Touzé, 1991: s/n).

36 Entre las ONGS, podemos mencionar Asociación Betania (provincia de Salta) y Centro Juvenil Esperanza (provincia de Buenos Aires), entre otras. En las instituciones gubernamentales, un ejemplo fue la creación de la CT Tekove Roga, dependiente del Consejo Nacional del Menor y la Familia (hoy Casa Isla Silvia del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia).



Hacia finales de la década, en el plano internacional se multiplicaban los organismos de control. La asamblea general de la Organización de Estados Americanos (OEA) celebrada en la ciudad de Guatemala en noviembre de 1986 estableció la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), integrada por sus estados miembros. Se determinó que la CICAD tendría por objetivo lograr la eliminación del tráfico ilícito y el uso indebido de drogas. Por otra parte, y como resultado de la resolución 39/141 de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 14 de diciembre de 1984, en noviembre de 1988 se convocó en Viena a una conferencia de plenipotenciarios que adoptó la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, con la finalidad de promover y mejorar la colaboración y cooperación entre los estados a fin de suprimir las actividades delictivas internacionales de tráfico ilícito de drogas. Entre otras, incluyó políticas contra el lavado de dinero y fórmulas de cooperación internacional para la extradición y procesos de los narcotraficantes.

Estas políticas internacionales y la crisis que desembocó en la entrega adelantada del mando al nuevo presidente electo<sup>37</sup> configuraron una nueva etapa en la construcción del "problema droga". Después de años de debates parlamentarios sin que se lograra un acuerdo, en febrero de 1989 los dos partidos mayoritarios consensuaron tratar el proyecto de ley presentado por el diputado Lorenzo Cortese en 1985, que penalizaba la tenencia de drogas para uso personal. "Único indicador de que los tiempos habían cambiado, los diputados hablaron de la relación sida-drogas y acusaron a los consumidores de 'propagar' la infección por VIH, una enfermedad 'que es la causa principal del déficit fiscal de los Estados Unidos'. Esto constituía, a sus ojos, una razón más para incriminar el uso personal de estupefacientes. [...] Ciento cinco diputados sobre ciento veintisiete votaron a favor de la incriminación de los tenedores de drogas ilícitas" (Aureano, 1998: s/n). Después del arribo de Menem al poder, el Senado aprobó el texto y el 21 de setiembre de 1989 se sancionó la Ley 23.737.

#### 4.5. De "Sol sin droga" a "Maldita cocaína"

En materia de lucha contra las drogas, el gobierno de Menem adoptó una política de "tolerancia cero". "Fue entonces –hace ya casi seis años– (al asumir la presidencia) que definimos las políticas y estrategias que deberían implementarse para cumplir con tres objetivos: proteger a la población sana, recuperar y reinsertar socialmente a los enfermos drogadependientes y castigar severa-

37 Durante 1989, se profundizó la crisis económica (hiperinflación) y se agravaron los conflictos sociales. Ante la dificultad de encontrar una solución, Raúl Alfonsín adelantó cinco meses la entrega del mando al nuevo presidente electo, Carlos Saúl Menem, quien asumió el 9 de julio de 1989.



mente a los narcodelincuentes que hacen del tráfico ilícito de drogas su 'modus vivendi' sin importarles las muertes que ocasiona este comercio deleznable entre nuestros jóvenes" (Menem, 1994: 9). En este contexto deben inscribirse las controvertidas declaraciones del presidente acerca de la necesidad de implantar la pena de muerte para los narcotraficantes.

El nuevo gobierno disolvió la CONCONAD y, por Decreto 671 de 1989, creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), dependiente de la Presidencia de la Nación, a cuyo frente fue designado Alberto Lestelle quien, durante su labor como legislador, había presidido la Comisión de Drogadicción de la Cámara de Diputados. Fue el único funcionario que sobrevivió a los sucesivos cambios en el gabinete durante el primer mandato de Menem, aunque debió renunciar en 1995 tras el escándalo desatado por sus acusaciones de uso de cocaína en el Congreso de la Nación. "Debo destacar que mi gobierno, por decisión de su Presidente, Dr. Menem, ha priorizado tanto la prevención de la drogadicción, como la lucha contra el tráfico ilícito de Drogas, creando una Secretaría de Estado, en la órbita de la Presidencia de la Nación, para programar y coordinar todo lo atinente al tema. [...] Esta decisión política se ha tomado a pesar de que nuestro país no es productor. Es de tránsito y ligero consumo, pero somos conscientes que debemos prevenir la posibilidad que en un futuro el narcotráfico productor intente radicarse en Argentina, como lo hiciera en Colombia, Perú o Bolivia" (Lestelle: 1994: 166).<sup>38</sup>

Esta unificación en un único organismo de las responsabilidades en materia de control del tráfico ilícito, prevención y asistencia ha sido criticada por algunos autores: "Resulta obvio que la sumatoria de campos no beneficia el desarrollo de las políticas, generándose un fenómeno bien conocido en diversos países: el desarrollo de acciones de control del tráfico termina absorbiendo más recursos que la reducción de la demanda, en lo financiero, en lo político y en la dificultad de concentrarse en problemáticas diferentes. En los EE.UU. hay agencias gubernamentales diferentes dedicadas a cada una de estas problemáticas [se trata de la DEA y el National Institutes for Drug Abuse (NIDA)]" (Grimson, 2001: 59).

La Ley 23.737 sobre tenencia y tráfico de estupefacientes, que continúa en vigencia, se constituyó en un instrumento clave de la nueva política de drogas. Esta ley sanciona penalmente la tenencia de drogas, cualquiera sea su cantidad y cualquiera sea el propósito con que se tenga la droga. Su artículo 14 dice: "será reprimido con prisión de uno a seis años y multa [...] el que tuviera en su poder estupefacientes. La pena será de un mes a dos años de prisión cuando por escasa cantidad y demás circunstancias surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal".

---

38 Fragmento del discurso pronunciado por Alberto Lestelle en la II Reunión Interregional de Jefes de Organismos Nacionales encargados de combatir el tráfico ilícito de drogas (HONLEA).



Tal como lo expresara el primer Subsecretario de Control y Legislación de la SEDRONAR, el espíritu general de la ley considera que el consumidor de drogas es un "delincuente" y un "enfermo": "Nosotros consideramos al adicto un enfermo pero también una persona imputable de crear un peligro –potencial en unos casos, real en otros– a conocidos y extraños" (Pellet Lastra, 1991: 18). La ley indica que en caso de que el tenedor compruebe que los estupefacientes están destinados a su consumo personal, la punición puede ser reemplazada por medidas alternativas de seguridad "curativas" o "educativas". Estas dependerán de que se trate de un "drogadependiente" o de un "principiante" o "experimentador", condición a determinar por los médicos forenses. En el primer caso, si la persona se niega a recibir tratamiento, debe cumplir la pena establecida para la tenencia de drogas. Si acepta, una vez que ha concluido el tratamiento en forma satisfactoria y después de un lapso de tres años, previo dictamen de peritos que acrediten que ha logrado una "reinserción social plena, familiar, laboral y educativa", podrán suprimirse los antecedentes penales. En caso de que luego de transcurridos dos años de tratamiento no se hubiera obtenido un grado aceptable de recuperación *por su falta de colaboración*, en el caso de los procesados "se reanuda el trámite de la causa y ~~podrá~~ aplicársele la pena" y en el de los condenados, "el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia" (Art. 18, 21 y 22).

El artículo 21 de la ley establece que la medida de seguridad educativa que se aplicará a los principiantes se desarrollará en el Ministerio de Educación, previa derivación del juez federal que intervenga en la causa. Dicha medida está definida como un "instrumento preventivo educativo que sustituye por única vez la pena" y supone "el cumplimiento por parte del interesado de un programa relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes". Si se cumple el programa, se deja sin efecto la pena y se borran los antecedentes al cabo de tres años. El curso tiene una duración de 4 meses con una frecuencia de clases de dos veces por semana. Para lograr la promoción se requiere una asistencia al 80% de las clases y la participación en entrevistas personales y con el grupo familiar, evaluaciones técnico-profesional y técnico-docente (Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, 1994).

En enero de 1995, se promulgó la Ley 24.424 que incorporó al texto de la Ley 23.737 "tres institutos extraños a la tradición jurídica demoliberal" (Niño, 2001: 23): las figuras de "confabulación" (Art. 29 bis), del "arrepentido" (Art. 29 ter) y del "agente encubierto" (Art. 31 bis y ss).

Algunos datos permiten observar la persecución penal a la que se sometía a los usuarios de drogas. En el decenio 1987-1997 la población carcelaria del país aumentó un 132%. "Respecto del número de personas detenidas por la ley de drogas, se pasa de 665 en 1992 a 1038 en 1994. Durante el período 92-94, un 56% del total de hombres y mujeres encarcelados, lo fueron por infracción



a la ley de drogas" (Rossi y Touzé, 1997: 192). La Dirección de Política Criminal realizó una investigación (1996) sobre la aplicación de la ley 23.737 en el primer semestre de 1996. De un universo de 2.488 causas ingresadas en los juzgados en lo Criminal Federal de la Ciudad de Buenos Aires, se tomó una muestra al azar de 292 expedientes que involucraban a 401 imputados. El estudio demostró que el 97.9% de ellos no había sido encarcelado con anterioridad, el 86% fue detenido en la vía pública, el 90.8% no poseía armas en el momento de su detención y el 97.3% no había cometido otro delito. Además, en el 87% de los casos la cantidad de droga secuestrada, tanto en el caso de la cocaína como de la marihuana, no superó los 5 gramos. Por último, que el 70.1% de los casos se inscribió en el delito de tenencia para consumo personal, el 23.9% en el de tenencia simple y sólo el 4.7% se encuadró en el consumo para comercialización.

La nueva legislación se vio acompañada por un desarrollo sin precedentes del máximo organismo especializado. En 1991, por Decreto 649 se estableció la estructura organizativa de la SEDRONAR y se conformaron dos subsecretarías (Planeamiento, Control y Legislación y Prevención y Asistencia) y dos direcciones generales (Administración y Asuntos Internacionales). Este decreto también definió los objetivos de la SEDRONAR: "I - Elaborar políticas y planificar estrategias y acciones para la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas. [...] II - Intervenir en la elaboración de proyectos legislativos, en la promoción de estudios técnicos y sociales y en la formación de recursos humanos especializados, brindando asistencia técnica a otros poderes del Estado. III - Implementar el cumplimiento de los tratados internacionales vinculados con su cometido" (Anexo II).

La política preventivo-asistencial quedó a cargo de la Subsecretaría de Prevención y Asistencia<sup>39</sup> que contó con tres direcciones nacionales (Asistencia, Prevención y Relaciones Institucionales) cuyas responsabilidades primarias también definía el decreto.<sup>40</sup>

<sup>39</sup> Los objetivos de la Subsecretaría eran: "I - Diseñar, promover y apoyar el desarrollo de planes y programas de carácter nacional referentes a la prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción y acción social en el campo del uso indebido de drogas, con la cooperación pública y privada. II - Coordinar las actividades y programas de prevención, asistencia, investigación, docencia y formación de recursos humanos a nivel nacional, provincial y municipal, identificando modelos y metodologías de avanzada para los procesos de intervención social en esta materia. III - Asesorar a las autoridades competentes del ámbito nacional, provincial y municipal respecto de las acciones que corresponda emprender para efectuar un adecuado cumplimiento de la normativa vigente en lo referente a las medidas preventivas y curativas del uso indebido de drogas" (Anexo II).

<sup>40</sup> Para la Dirección Nacional de Asistencia: "Coordinar y compatibilizar con otras áreas competentes los programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, públicos y privados, para la recuperación de las personas afectadas por el uso indebido de drogas". Para la Dirección Nacional de Prevención: "Promover, orientar y supervisar programas de prevención del uso indebido de drogas en todo el ámbito del país, en coordinación con otras áreas competentes". Para la Dirección Nacional de Relaciones Institucionales: "Entender en lo atinente a las vinculaciones con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con el cometido de la Secretaría" (Anexo II).



Como señaláramos anteriormente, durante la década de 1990 se produjo un marcado crecimiento de la oferta institucional de servicios en materia de drogas con efectores diversos y se iniciaron acciones de normatización por parte del Estado. Para entender este fenómeno, es necesario remitirse no sólo al accionar de la SEDRONAR, sino enmarcarlo en la reconversión de las políticas sociales, característica del modelo de Estado neoliberal que se profundizó durante la década menemista. Asimismo, debe prestarse atención a las particularidades del sistema de atención de la salud en la Argentina. Otro aspecto a considerar es el impacto de la epidemia de VIH/sida en los usuarios de drogas por vía inyectable, que se hizo evidente en esta década.

El funcionamiento de las organizaciones de la sociedad civil y las formas de participación en la Argentina se modificaron sustantivamente en esta década "como producto tanto de la consolidación del proceso democrático como del cambio de la relación entre el Estado y la sociedad" (Arroyo, 2001: 2). En esta transformación han tenido un papel preponderante, entre otros aspectos, las políticas de reforma del Estado, que tendieron a reducir su rol. Junto con la reforma administrativa y las políticas de privatización y concesión, se produjo una delegación de actividades nacionales en el ámbito municipal y en la propia sociedad. Estas políticas de descentralización se concretaron a través del retiro del Estado nacional de gran parte de los programas de salud, educación, vivienda y políticas sociales y su traspaso hacia las provincias y, en algunos casos, los municipios. Paralelamente a esta descentralización institucional, se produjo una creciente absorción de actividades y funciones por parte de las organizaciones de la sociedad civil.

Estas estrategias de descentralización y privatización fueron también ejecutadas por la SEDRONAR que implementó "dos programas de subsidios [...]. El primero de ellos está destinado a brindar ayuda técnica y financiera a las iniciativas y esfuerzos conducentes a desarrollar ámbitos de prevención y tratamiento en diferentes puntos del país. [...] El segundo [...] se orienta hacia las personas de más bajos recursos económicos" (Lestelle, 1994: 132).<sup>41</sup> Este sistema de becas permitía acceder a tratamiento en instituciones privadas (ONGs o clínicas privadas). "Estos establecimientos se beneficiaban igualmente de subvenciones destinadas a 'la mejora de las instalaciones' y de otras ventajas, como los contratos para participar de las campañas oficiales de prevención y la venta de productos alimenticios en la calle" (Aureano, 1998: s/n).

Para comprender el complejo entramado de la red asistencial en materia de drogas deben tenerse presentes, asimismo, las características particulares del sistema de atención a los problemas de salud en la Argentina. Desde la década de 1940, el sistema sanitario quedó conformado sobre la base de tres sectores claramente diferenciados jurídica y financieramente: el estatal, el de la seguridad social médica y el privado (Iriart, 1997).



El sector estatal, a su vez, se conformó por tres subsectores diferenciados jurisdiccionalmente. El nacional reúne establecimientos (como el CENARESO) y programas dependientes de la Secretaría de Salud de la Nación, de las universidades nacionales, de las fuerzas armadas, de seguridad y de otros organismos de esas características. Las jurisdicciones provinciales están conformadas por establecimientos y programas dependientes de las secretarías de salud de cada provincia, de las universidades provinciales, de los organismos de seguridad u otros de esas características; en ellos se mantiene, a través de los presupuestos provinciales, la mayor oferta de servicios de salud hospitalarios. Las jurisdicciones municipales reúnen establecimientos y programas cuya administración depende de los municipios y en los cuales se concentra la mayor cobertura de prácticas de atención primaria.

La seguridad social médica comprende organizaciones (las Obras Sociales) que, si bien tienen su actividad regulada por normas oficiales, integran el patrimonio de entidades (generalmente sindicales) que administran el aporte obligatorio de los asalariados. Las obras sociales cumplieron históricamente un papel financiador de las prestaciones médicas sin haber desarrollado capacidad instalada propia y, por lo general, contratando a prestadores privados.

El sector privado está compuesto por prestadores individuales y establecimientos cuyo patrimonio pertenece a empresas comerciales o entidades civiles que pueden ser lucrativas o no. Desde el punto de vista formal están fiscalizadas por el Estado. Este sector también incluye organizaciones de seguro de atención de los riesgos de enfermedad denominados prepagos. Estos seguros generalmente captan a la población de altos y medianos ingresos.

En relación con la asistencia por uso de drogas, las acciones sanitarias tienen una complejidad aún mayor, dada por la existencia de un doble ámbito institucional de injerencia sobre esta temática: por un lado la SEDRONAR y por otro el Ministerio de Salud y Acción Social. De allí que las acciones de normatización, que se encararon principalmente durante las gestiones posteriores a Lestelle, se hayan adoptado en forma conjunta.

La Resolución Conjunta 160-3 de 1995 del Ministerio de Salud y Acción Social y la SEDRONAR elaboró un documento orientador en la normatización de los Servicios Preventivos Asistenciales en Drogadependencia. En esta Resolución se estableció que la habilitación y funcionamiento de los establecimientos deberían cumplimentar una serie de requisitos.<sup>42</sup> También estableció que deberían llevar en forma actualizada una historia clínica básica de cada internado, un libro de registros de ingresos y altas, fichas epidemiológicas y vinculación formal por convenio escrito con un centro sanitario que asegura-

---

42 Entre otros: "I) Contar con Dirección Técnica, la cual será confiada a un profesional con título de médico psiquiatra, quien tendrá bajo su responsabilidad, el establecimiento de la estrategia asistencial institucional y el control clínico-farmacológico. II) Contar con un Director del programa psicológico asistencial, médico o psicólogo quien tendrá tareas de organización, planeamiento, estrategias, planificación y supervisión del programa psicológico-asistencial" (Art. 2, inc. a).



se el control y seguimiento del estado de salud del residente (Art. 2, inc. c). Asimismo, fijó la obligación de presentar ante la Secretaría de Salud y la SEDRONAR el programa terapéutico desarrollado o a desarrollar y el seguimiento de las normas de bioseguridad vigentes en relación a enfermedades infectocontagiosas, especialmente hepatitis B y VIH/sida (Art. 2, inc. d).

En relación con la Seguridad Social, la Ley 24.455 de 1995 estableció que aquellas obras sociales incluidas en la Ley 23.660, recipendarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661 "deberán incorporar como prestaciones obligatorias [...] la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes" (Art. 1).

La Ley 24.754, de 1996, estableció que "las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, conforme a lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455". De esta manera, en la medida en que las empresas de medicina prepaga se equipararon con las obras sociales sindicales, debían cubrir el tratamiento por drogas.

La Resolución 709 de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), de 1997, incorporó –anexo VI bis de la Resolución 574 del ANSSAL– que todas las obras sociales incluidas en la Ley 23.660, recipendarias del Fondo de Redistribución de la Ley 23.661, "podrán solicitar apoyo financiero para la cobertura de la atención de las personas que dependen física y psíquicamente del uso de estupefacientes". El Anexo de esta Resolución fijaba los valores para la "cobertura por drogadependencia".<sup>43</sup>

El Decreto 1.426 de 1996 derogó el Decreto 649 reformulando la estructura organizativa de la Secretaría. Estableció que el Secretario de la SEDRONAR podría constituir órganos o grupos de trabajo para el desarrollo de proyectos y programas con objetivos y metas limitados. En su artículo 3 estructuró la coordinación de estos proyectos por medio de los comisionados, quienes actuarían bajo la coordinación y supervisión del secretario o subsecretario, según las funciones asignadas. En el marco de la Subsecretaría de Prevención y Asistencia se establecieron los mismos objetivos enunciados en el Decreto 649.

La Resolución Conjunta 361-153 del Ministerio de Salud y Acción Social y SEDRONAR, del 1997, derogó la 160-3 y estableció normas de categorización para los establecimientos que brindasen servicios preventivos asistenciales en drogadependencia. Especificaba que estos organismos deberían brindar "la orientación, diagnóstico, desintoxicación (en la forma no aguda de la intoxica-

43 a) Consulta y orientación: hasta \$ 13 por sesión; b) Hospital de día "Módulo de 4 hs": hasta \$350 por mes; c) Hospital de día "Módulo de 8 hs": hasta \$650 por mes; d) Hospital de noche: hasta \$350 por mes; e) Internación psiquiátrica para desintoxicación, con terapéutica y medicación específica: "Módulo" de hasta \$50 por día; f) Internación de "Comunidades terapéuticas" debidamente autorizadas: "Módulo hasta \$900 por mes.



ción por sustancias de abuso), deshabitación, rehabilitación y reinserción familiar y social" (Art. 1) y establecía los requisitos para las diferentes categorías de los centros preventivo-asistenciales, en cuanto a su complejidad. En el primer nivel ubica a los que pueden atender en forma ambulatoria en consultorios externos, en el segundo a los que cuentan con hospital de día y en el tercero a los establecimientos con capacidad de internación.<sup>44</sup>

La Resolución Conjunta 362-154 del Ministerio de Salud y Acción Social y SEDRONAR, de 1997, aprobó el Programa Básico para el Tratamiento de la Drogadicción que deberían cumplir todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud incluidas en la Ley 23.660 y de las empresas de medicina prepaga. La Resolución Conjunta 201-51 del Ministerio de Salud y Acción Social y SEDRONAR, del año 1998, incorporó al Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica, las "Normas de Funcionamiento de los Organismos que prestan servicios como Centros Preventivos Asistenciales de la Drogadependencia" y el "Programa Terapéutico Básico para el Diagnóstico y el Tratamiento de la Drogadicción".

La aplicación de la medida de seguridad curativa prevista por la Ley 23.737 trajo como consecuencia un aumento de la demanda de tratamientos por derivación judicial. Al mismo tiempo, el Estado instrumentaba los medios para su financiamiento mediante el sistema de becas y la obligación de cobertura a las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. Esto comenzó a tornar rentable la asistencia en materia de drogas, lo que podría explicar la proliferación de organizaciones no gubernamentales (en su gran mayoría definidas como comunidades terapéuticas) y de clínicas psiquiátricas que comenzaron a ofrecer tratamiento para usuarios de drogas. Mientras, el único establecimiento público nacional, el CENARESO, veía disminuidos sus recursos financieros: mientras que para 1993 su presupuesto ascendía a \$ 5.137.863, en 1996 se había reducido a \$ 4.640.315 (Casinelli, 1997: 78).

En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, gobernada por Eduardo Duhalde, en 1993 se creó la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones y se designó a su cargo a Juan Alberto Yaría. Entre sus objetivos estaba el de "Desarrollar y ejecutar las políticas provinciales que fije el Poder Ejecutivo en materia de prevención y asistencia a través de planes, programas y proyectos". Para finales de la década, esta Secretaría coordinaba alrededor de 110 servicios asistenciales, distribuidos en 18 regiones preventivo-asistencia-

44 En su artículo 2º definió como *organismos no gubernamentales* a las personas jurídicas legalmente constituidas y habilitadas por los órganos competentes cuyo objetivo principal fuera la prevención, admisión, diagnóstico, orientación, tratamiento, desintoxicación, rehabilitación y reinserción social de los usuarios de drogas, como así también otras medidas psicoterapéuticas. Como *organismos gubernamentales* definió a los centros oficiales que funcionarían en hospitales generales, hospitales psiquiátricos y centros de salud mental periféricos, unidades asistenciales sanitarias periféricas con asistencia en salud mental, servicios de atención en crisis y todo otro servicio que dependiendo del Estado nacional, provincial o municipal llevara a cabo las tareas antes mencionadas. Su artículo 3º instituía un registro de organismos no gubernamentales y gubernamentales en el área de drogadependencia, que funcionaría en la SEDRONAR.



les. "Desplegamos una Red Preventivo Asistencial en convenio con las universidades, municipios, organizaciones sociales, obispados y la Secretaría bonaerense [...] para la atención gratuita de la población en el territorio de la provincia de Buenos Aires" (Secretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones, s/f).

La oferta asistencial que se desplegó en la década de 1990, más allá de sus diferencias respondía a un mismo modelo, que comenzó a recibir algunas críticas. "La condición de ingreso a los tratamientos es la suspensión del consumo, lo cual nos ubica en una situación paradójal: aquellos que concurren a un servicio con el objetivo de dejar de consumir, deben hacerlo antes de comenzar el tratamiento" (Rossi, 1998: 48). "Bajo el gran paraguas de la abstención, aunque con diversas modalidades, profesionalizadas o no, guiadas por principios religiosos o coordinadas por 'ex', hoy la oferta parece ser más de lo mismo. Los servicios y los programas de atención parecieran responder a la lógica del todo o nada" (Goltzman y Cymerman, 1997: 12).

El discurso preventivo también se modificó en esta década. Primó un contenido paternalista en el que los mensajes reforzaban la necesidad de tutela y control. "Prevenir es lograr que los distintos actores sociales: padres, en 1º instancia, autoridades, maestros, líderes en general de la sociedad asuman su papel. Padres y padres sociales se encuentran ante un imperativo ético: el amparo a la prole que crece" (Lestelle, 1994: 65).

Las campañas de comunicación social y las acciones masivas comenzaron a constituirse en estrategias privilegiadas. En este marco, se inscribió la campaña "**Sol sin droga**", realizada durante varios veranos consecutivos.<sup>45</sup> Tras la renuncia de Lestelle, en octubre de 1995, lo sucedió por un breve lapso Gustavo Green, quien mantuvo el eslogan de "Sol sin droga" al que acompañaba ahora la imagen de Diego Armando Maradona.<sup>46</sup>

El siguiente secretario de estado fue Julio César Aráoz, que designó como Subsecretario de Prevención a Alfredo Miroli, quien había dirigido el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y Sida del Ministerio de Salud de la Nación entre 1992 y 1993. Este funcionario instaló la campaña "**Drogas, ¿para qué?**", en la que dos dibujos animados, Fleco y Male, conversaban con él.<sup>47</sup>

45 "Las historias de campañas de difusión de la secretaría no son fáciles de contar. La primera se hizo pública en el verano del 89-90, apenas unos meses después de creada la secretaría, cuya autoridad máxima era Alberto Lestelle. De su mano surgió **Sol sin drogas**, título inspirado en el Operativo Sol que llevaba a cabo en la costa la policía. Según una fuente de la secretaría, el Poder Ejecutivo Nacional aprobó por entonces un presupuesto de un millón de dólares para la campaña, que consistió en la confección de afiches, folletos, gorros y demás. Los empleados más aplicados de la secretaría se trasladaban, cada verano, a repartir gorros y remeras a las playas argentinas" (Guerriero, 2000: s/n).

46 El futbolista había sido detenido por primera vez por tenencia de drogas en 1991.

47 "Se decidió dividir la campaña en cuatro bloques. El primero compuesto por cuatro spots destinados a chicos de 4 a 14, en los que Fleco y Male tenían un rol muy protagónico; el segundo compuesto de tres spots destinados a jóvenes —aquel en el que Fleco rechaza un porro en la cancha; aquel otro en el que un chico de carne y hueso es internado en un hospital al borde de una sobredosis— y otros tres dirigidos a la población adulta que no llegaron a emitirse" (Guerriero, 2000: s/n).



Eduardo Amadeo fue el último Secretario de la SEDRONAR del gobierno menemista. Durante su gestión, se realizó el primer estudio nacional sobre uso de drogas, según el cual el consumo de drogas ilegales en la Argentina alcanzaba al 2.9% de la población de entre 16 y 65 años y al 1.2% de los chicos de entre 12 y 15 (Míguez, 1999). Como parte de su campaña de comunicación social, se difundieron una serie de spots televisivos que intentaron apartarse de algunos estereotipos, al incluir personajes adultos y usuarios de sustancias legales (psicofármacos).

Por su parte, la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires ponía en marcha el programa "10.000 líderes para el cambio" que se proponía "estructurar desde distintas redes sociales, educativas, de salud y de comunicación social un trabajo sobre el estilo de vida y cambios de comportamientos (estrategias de mediano y largo plazo) y de promoción de la salud y detección precoz (estrategias de corto plazo). [...] La activación de la comunidad es un requisito para contener las fuerzas entrópicas y hacia la decadencia, que están latentes en la promoción de ciertos comportamientos y estilos de vida" (Yaría, 1995: 23-24).

Recién iniciado el tercer milenio, otra campaña masiva confirmaría el estereotipo de la cocaína como la droga "por excelencia". En enero de 2000, el Secretario de Comunicación y Cultura del nuevo gobierno,<sup>48</sup> Darío Lopérfido, lanzó una sorpresiva campaña de afiches callejeros con la leyenda "**Maldita cocaína**".<sup>49</sup> Simultáneamente, el flamante Secretario de la SEDRONAR, Lorenzo Cortese, proponía que en su gestión iba "a haber campañas de difusión pública, que van a contener una alta profesionalización en cada uno de sus mensajes" (Videla, 2000: 17).

A pesar de la hegemonía del discurso y de las prácticas abstencionistas, un hecho había comenzado a interpelarlos: la epidemia de VIH/sida. Si bien en la Argentina el primer caso de sida cuyo factor de riesgo denunciado fue el consumo de drogas inyectables se había diagnosticado en 1985, la epidemia se hizo evidente en la década de 1990. Hasta el comienzo de esta se habían notificado 332 casos de sida entre UDIs; el número de notificaciones aumentó a altísima velocidad en la primera mitad de la década: 308 en 1991, 504 en 1992, 641 en 1993, 950 en 1994 y 935 en 1995. Para 1998, el 41% del total de casos acumulados de sida en el país correspondían a UDIs (Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS, 1998).

Esta situación no hizo más que profundizar una imagen social negativa de los usuarios de drogas. A la representación dominante del consumidor como "autodestructivo y despreocupado por su salud" se le sumó la culpabilización

---

48 El 10 de diciembre de 1999, Fernando de la Rúa asumió la presidencia de la Nación.

49 Los afiches "aparecieron dos días después de que Diego Maradona fuera trasladado a Cuba para un tratamiento de rehabilitación a su adicción a la cocaína, que le provocó una grave afección cardíaca y lo puso al borde de la muerte. [...] = [Lopérfido] descartó cualquier vinculación de la leyenda 'Maldita cocaína' con la 'Maldita Policía', denominación con la que se apodó en un momento a la Policía de la Provincia de Buenos Aires" (El Tribuno, 2000).



de "diseminar el sida", fortalecida por el estereotipo sida=droga=muerte. Esta imagen social era corroborada desde el discurso oficial<sup>50</sup> sin que se adoptaran medidas ante la magnitud de la epidemia, más allá de la atención médica a los usuarios de drogas que vivían con VIH/sida y que estaban en centros de tratamiento por drogas.

Pese a que ya en 1987 el Programa Especial para el Sida de la OMS había indicado la necesidad de facilitar la disposición de agujas e inyecciones esterilizadas para aquellos usuarios de drogas que no tuvieran ninguna posibilidad de hacer una cura de desintoxicación, o que se rehusaran a tal terapia, este tipo de acciones no sólo no se llevaban a cabo, sino que eran desalentadas.

La firma del gobierno argentino en el documento producido por la Conferencia de Ministros de Salud de Países Iberoamericanos de mayo de 1993, refrendada por la reunión de jefes de estado realizada a fines de ese mismo año, no hizo sino poner en evidencia la contradicción entre los compromisos asumidos internacionalmente y la política interna. La Argentina coincidió en lo que a sida y drogas se refiere con la preocupación por "la importancia del uso de drogas inyectables en la expansión de la epidemia del sida en la región iberoamericana, así como las posturas políticas y las normas jurídicas en relación al uso de drogas, que han limitado la implantación de medidas eficaces de prevención y control de VIH/sida entre usuarios de drogas y sus parejas sexuales" (Conferencia de Ministros de Salud de Países Iberoamericanos, 1993: s/n). En abierta oposición, el entonces Secretario de Estado de la SEDRONAR planteaba: "Hay países donde se entregan a los adictos jeringas descartables '*para prevenir el contagio*'. Se han alzado voces en la Argentina reclamando de las autoridades idéntica actitud. Y esas mismas voces han protestado frente a nuestra negativa. Nosotros nos oponemos porque estamos convencidos de que entregarles jeringas a los jóvenes enfermos equivale lisa y llanamente a decirles: '*matense ustedes si quieren. No nos importa, mientras no maten a los demás*'" (Lestelle, 1994: 158). Desde el área de Salud, las objeciones no eran menores: "A modo de ejemplo se reproducen los argumentos que esgrimiera el Director del Programa Nacional de Retrovirus del Humano y Sida, Dr. Alfredo Miroli, en un programa televisivo: 'cuando uno habla de droga escucha este mensaje: *drogate tranquilo, la droga no es mala, lo malo es la jeringa, llevate una jeringa limpia y drogate tranquilo... Esto suena a mensaje de promoción de droga*'" (Touzé y Rossi, 1993: 23).

En franca oposición a estos mensajes oficiales, algunas organizaciones comenzaron a plantear la necesidad de un abordaje diferente. En setiembre de 1992, el FAT inició un programa de prevención del sida en consumidores de drogas, cuya meta estaba orientada a la reducción de conductas de riesgo res-

50 El Ministro de Justicia de la Nación escribía: "La masa de consumidores drogadependientes se convierte en una verdadera subclase de 'zombies'. [...] en la comunidad de los 'zombies' es por lo menos ingenuo hablar de derechos individuales" (Barra, 1994: 19).



pecto de la transmisión del VIH en esta población. Entre otros objetivos, el programa se proponía "propiciar cambios en la opinión pública acerca de la conveniencia de distribuir condones y jeringas descartables como medidas de prevención para la transmisión del VIH" (Touzé y Rossi, 1993: 26).

Este programa produjo una publicación basada en investigaciones de diversos países que desmitificaban el estereotipo de la personalidad del usuario y avalaban la eficacia en términos sanitarios de las medidas de reducción del daño (Touzé y Rossi, 1993). Dicho material se distribuyó entre los servicios de salud pública y organizaciones no gubernamentales dedicados tanto al tema sida como drogas. Estaba acompañado de una encuesta de opinión sobre la distribución de preservativos y jeringas y la posibilidad de aplicación de dichas medidas. Según esta, el 90% de los encuestados estuvo de acuerdo con los programas de intercambio de jeringas y el 68% argumentó que reducen los riesgos de infección. De los encuestados que respondieron negativamente, el 71% fundamentó su posición en la afirmación de que dichos programas "promueven el uso de drogas". El 70% de los encuestados no consideró factible implementar un programa de intercambio de jeringas, entre otras razones, debido a los prejuicios y actitudes sociales, a las políticas vigentes, a la actitud de los sectores de poder, a los obstáculos legales y a las limitaciones presupuestarias (Touzé y Rossi, 1995).

En 1995, el equipo que había llevado adelante este programa fundó la ONG Intercambios Asociación Civil, que desde entonces impulsa la reducción de daños en el país. Hacia finales de la década, los organismos internacionales comenzaron a incorporar estas perspectivas en sus recomendaciones. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA), creado en 1995, jugaría un papel central en este sentido. En 1997, y convocada por la Asesora de ONUSIDA para el Cono Sur, se celebró en Buenos Aires la primera reunión de jefes de programas nacionales de prevención del sida y ONGs con acciones en ese sentido de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, con el objeto de iniciar acciones de prevención del VIH/sida entre usuarios de drogas. Como resultado de esta reunión, ONUSIDA inició el apoyo de proyectos desarrollados por ONGs, en acuerdo con los ministerios de salud nacionales. En Argentina, Intercambios Asociación Civil desarrolló un estudio sobre usuarios de drogas inyectables como resultado del cual se estableció, en 1999, el primer programa de distribución de jeringas estériles en el país (Touzé *et al.*, 1999).

En junio de 1998, se celebró en Nueva York la vigésima sesión especial de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre el problema de la droga en el mundo, que puso de manifiesto la necesidad de intensificar los esfuerzos orientados a la reducción de la demanda y proveer recursos adecuados a tal fin. "Los programas para reducir la demanda de drogas deberían formar parte de una estrategia global [...]. Convendría que esos



programas estuvieran integrados entre sí [...] ofrecieran una amplia variedad de intervenciones apropiadas [...] y redujeran las consecuencias adversas que el uso indebido de drogas tiene para la persona y la sociedad en su conjunto" (Asamblea General de la ONU, 1998).

#### 4. 6. ¿Es posible otra política de drogas?

Como resultado del impacto de la epidemia de VIH/sida en la población de usuarios de drogas inyectables, comenzaron a instalarse en la Argentina intervenciones que actuaron desde la perspectiva de la reducción de daños. Inicialmente planteadas como experiencias piloto, acotadas y marginales a la respuesta socio-sanitaria al problema de las drogas, estas intervenciones han ido ocupando un espacio creciente en la agenda pública (Touzé, 2003).

En el marco del Proyecto LUSIDA de Lucha contra el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual<sup>51</sup> mediante el Fondo de Asistencia a Organizaciones de la Sociedad Civil, se financiaron 16 proyectos dirigidos a usuarios de drogas, en los cuales se invirtió un monto total de 403.000 dólares (concentrados casi en su totalidad durante el 2001). Asimismo, en marzo de 2002, la Argentina concursó y obtuvo financiamiento del Fondo Global de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria, para el proyecto Actividades de apoyo a la prevención y el control del VIH/sida en la Argentina.<sup>52</sup>

En las dos primeras convocatorias, realizadas en marzo de 2003 y marzo de 2004, se previeron montos de 50.000 y 130.000 dólares, respectivamente, para el financiamiento de proyectos destinados a usuarios de drogas inyectables.

Por otra parte, el desarrollo del Proyecto Regional sobre VIH/sida asociado al uso de drogas en los países del Cono Sur, en sus dos etapas de 2000 y 2003, no sólo permitió el financiamiento de programas de reducción de daños ejecutados por ONGs sino que involucró a diversos organismos del Estado Nacional y municipios en la ejecución de actividades.<sup>53</sup>

También en el plano regulatorio se advierten nuevas tendencias. En el año 2000, la SEDRONAR dictó la Resolución 351 que recomienda al Ministerio de Salud de la Nación la adopción de programas y/o medidas con la perspectiva de reducción de daños. Asimismo, en el año 2003 se presentaron diversos pro-

51 El Proyecto LUSIDA se ejecutó entre 1998 y 2003 mediante un préstamo del Banco Mundial de 15 millones de dólares. El Fondo de Asistencia a Organizaciones de la Sociedad Civil financió, en 4 años y por un monto de 5.203.132 dólares, 131 proyectos de prevención del VIH/sida dirigidos a grupos vulnerables.

52 El proyecto está orientado a reforzar la sustentabilidad y garantizar la continuidad de ejes clave del Plan Estratégico en VIH/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS) 2001-2003, coordinado por el Programa Nacional de sida. Para ello, Argentina recibió un monto inicial no reembolsable de más de 12 millones de dólares.

53 El proyecto Prevención del Abuso de Drogas y del VIH/sida en los Países del Cono Sur es una iniciativa regional apoyada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).



yectos de ley en la Cámara de Diputados de la Nación que abonan esta perspectiva.<sup>54</sup>

La inclusión de las prácticas de reducción de daños dentro de la estrategia de reducción de la demanda de drogas viene siendo recomendada por el Sistema de Naciones Unidas: "Pide a los Estados Miembros que conciben estrategias y amplíen el acceso y la disponibilidad de servicios destinados a los toxicómanos que no estén integrados o atendidos en los servicios y programas existentes y que se hallen expuestos a un alto riesgo de daño grave a su salud [...], para prestar asistencia a esos toxicómanos en la reducción de los riesgos para la salud pública e individual" (Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de la ONU, 2000). "La capacidad de detener la epidemia exige una estrategia en tres partes: 1) Prevenir el uso indebido de drogas. 2) Facilitar el acceso al tratamiento contra el uso indebido de drogas y 3) Actividades eficaces de aproximación para involucrar a los usuarios de drogas en estrategias de prevención de VIH" (Subcomité de Fiscalización de Drogas de la ONU, 2000). Como parte de las acciones que deben asegurar los países miembros para el año 2005 se incluye "mayor acceso a artículos esenciales como condones masculinos y femeninos y equipo esterilizado para inyecciones, actividades para la reducción de los daños causados por el consumo de drogas" (Asamblea General de la ONU, 2001).

En los últimos años está teniendo mayor aceptación en todo el mundo un enfoque que propone alternativas a la prohibición de las drogas.<sup>55</sup> Esta posición alienta una comprensión más rigurosa del "problema droga", desmitificando los prejuicios y estereotipos que han impregnado su construcción como problema social, e incluye la perspectiva de los derechos de los usuarios de drogas. Si bien está muy movilizado y es creciente, este movimiento está lejos de constituirse en hegemónico.

Por otra parte, en la Argentina, en el contexto de la crisis se advierten algunas tendencias que podrían impactar en el futuro inmediato en las representaciones, políticas y prácticas en esta área. Con la caída de Fernando de la Rúa y la consecuente crisis institucional,<sup>56</sup> la situación económica se agravó. El

---

54 Entre los más significativos: Proyecto 1450-D-03 de modificación a la Ley 23.737, incorporando el art. 28 bis, que exceptúa de punición a los integrantes de equipos de salud que implementan programas para reducir el contagio de enfermedades por vía sanguínea; Proyecto 2657-D-03 de promoción de las estrategias sanitarias de reducción de daños; Proyecto 5616-D-03 de modificación a la Ley 23.737, despenalizando la tenencia de drogas para uso personal.

55 Ver, por ejemplo, Coalición Internacional de ONGs por una Justa y Efectiva Política de Drogas (ICN) en [www.edprc.org](http://www.edprc.org).

56 Tras las protestas populares por las medidas económicas adoptadas y la represión a los manifestantes, el presidente De la Rúa renunció el 20 de diciembre de 2001. El Presidente del Senado asumió la presidencia provisional hasta que, el 23 de diciembre, la Asamblea Legislativa designó a Adolfo Rodríguez Saá, quien renunció una semana después. El 1º de enero de 2002, la Asamblea Legislativa proclamó a Eduardo Duhalde, quien gobernó hasta el 25 de mayo de 2003, cuando asumió el presidente electo Néstor Kirchner.



Instituto Nacional de Estadísticas y Censos informaba, en julio de 2002, que de los 36 millones de argentinos, 18 millones (la mitad de la población) vivían bajo la línea de pobreza. La pobreza se había incrementado desde 1994, pero a fines de 2001 creció rápidamente como resultado del incremento del desempleo, la caída de los salarios, la devaluación del peso y el incremento de precios. La tasa de desempleo se estimaba en un 21.5% para el mes de julio de 2002 (Citado en Clarín, 2002).

Junto con esta profundización de la crisis pueden observarse algunos fenómenos, no necesariamente relacionados, pero que impregnan de nuevos contenidos (y reavivan algunos estereotipos tradicionales) al "problema droga": el crecimiento de la inseguridad ciudadana (violencia, secuestros extorsivos, etc.); la diversificación de pequeñas redes de microtráfico de drogas apoyadas en quienes encuentran en los ingresos económicos ilegales una forma de afrontar la desocupación y el consumo de pasta base de cocaína, especialmente en los aglomerados urbanos pobres.



# Fuentes documentales

## Bibliografía

- ABRIC, J. C. (1994): "L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique" en: Ch. GUIMELLI (comp.), *Structures et Transformations des Représentations Sociales*. París: Delachaux et Niestlé.
- AGAMBEN, G. (1999): *Lo que queda de Auschwitz*. Valencia: Pretextos.
- AGAR, M. (2002): "How the drug field turned my beard grey" en: *International Journal of Drug Policy*. Vol. 13, issue 14.
- AGUIRRE BAZTÁN, A. (1995): "Etnografía" en: A. AGUIRRE BAZTÁN (ed.), *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Boixareu.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM-IV)*. 4º ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- ARBEX, C., J. CARRON, D. COMAS, E. GARCÍA, I. HERNÁNDEZ, R. MOWBRAY, D. ONGIL, J. L. RECIO y J. L. VEIRA (1991): *La investigación sociológica sobre drogodependencias. Aspectos metodológicos*. Madrid: Ilustre Colegio de Ciencias Políticas y Sociología-Plan Nacional de Drogas.
- ARENDRT, R., J. ANGELOPOULOS, A. SALVATOR y L. SINGER (1999): "Motor development of cocaine-exposed children at age two years" en: *Pediatrics*. Vol. 103, nº 1 (enero).
- ARROYO, D. (2001): *El cambio de la estructura social y las nuevas formas de organización en Argentina*. Mimeo. Buenos Aires: Flacso.
- ASHCROFT, R. E. y C. FRANNEY (2004): "Further ethical and social issues in using a cocaine vaccine: response to Hall and Carter" en: *J Med Ethics*. Vol. 30, nº 4 (agosto).
- AUREANO, G. (1998): "La construction politique du toxicomane dans l'Argentine post-autoritaire. Un cas de citoyenneté a basse intensité" tesis de doctorado en Ciencias Políticas, Facultad de Ciencias Políticas, Universidad de Montreal. Aprobada el 23 de abril de 1998.
- BALCELLS OLIVERÓ, M. (2001): "Complicaciones orgánicas de la cocaína" en: *Adicciones*. Vol. 13, sup. 2.
- BALDWIN, G. C., D. BUCKLEY, M. ROTH, E. KLEERUP y D. TASHKIN (1997): "Acute activation of circulating polymorphonuclear neutrophils following in vivo administration of cocaine. A potential etiology for pulmonary injury" en: *Chest*. Vol. 111, nº 3 (marzo).
- BALDWIN, G. C., R. CHOI, M. ROTH, A. SHAY, E. KLEERUP, M. SIMMONS y D. TASHKIN (2002): "Evidence of Chronic Damage to the Pulmonary Microcirculation in Habitual Users of Alkaloidal ('Crack') Cocaine" en: *Chest*. Vol. 121, nº 4.
- BARATTA, A. (1994): "Introdução a uma sociologia da droga" en: F. MESQUITA y F. BASTOS (org.), *Drogas e AIDS. Estratégias de Redução de danos*. Sao Paulo: Hucitec.
- BASTOS, F. (1994a): "De volta para o futuro. Discutindo o conceito de 'redução de danos'" en: L. BITTENCOURT (org.), *A vocação do extase*. Rio de Janeiro: Imago.
- BASTOS, F. (1994b): "Singular & plural: como se conjuga o verbo prevenir?" en: F. MESQUITA y F. BASTOS (org.), *Drogas e AIDS. Estratégias de Redução de danos*. Sao Paulo: Hucitec.
- BAULENAS, G., T. BORRAS y N. MAGRÍ (1998): *Políticas e intervenciones de reducción de riesgos*. Barcelona: Grup Igia.
- BÉRTAUX, D. (1980) "El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades" en: V. H. ACUÑA (ed.), *Historia oral e historias de vida*. San José: Flacso-Costa Rica.



- BIALAKOWSKY, A. (coord.) (1986): *Boletín de Investigaciones del Convenio Marco*. Año I, nº 1 (agosto). Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- BIALAKOWSKY, A. y H. CATTANI (2001): "Conflicto de paradigmas" en: *Encrucijadas*, Año 1, nº 8 (junio). Buenos Aires: UBA.
- BIALAKOWSKY, A., C. LUSNICH, E. ROSENDO, N. HAIMOVICI, M. COSTA, J. BENITEZ, P. CAMPS, R. CRUDI, M. de BELLIS, V. ESCUDERO, A. FRAGA, D. FRANCO, A. KWSZNIERYK, K. NIETO, L. QUIROZ, L. SCALI, M. TISSOT y V. TOLEDO (2001): "Proceso de trabajo y padecimiento en la exclusión social" en: *Revista Herramienta*. Nº 14 (otoño). Buenos Aires: Antídoto.
- BOCCIA, C. y A. CALABRESE (1985): "Apuntes sobre fármacodependencias" en: *Publicaciones técnicas del FAT*. Nº 2. Buenos Aires: FAT.
- BOOTH, R. E.; J. K. WATTERS y D. D. CHITWOOD (1993): "HIV risk-related sex behaviours among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack" en: *Am J Public Health*. Vol. 83, nº 8.
- BOOTH, R. E., C. F. KWIATKOWSKI y D. D. CHITWOOD (2000): "Sex related HIV risk behaviors: differential risk among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack" en: *Drug Alcohol Depend*. Nº 58.
- BOURGOIS, P. y T. ELHAIK (2002): "Drogas, farmacología y discurso social en Francia. Perspectivas etnográficas" en: *Revista Análisis*. Nº 4. Medellín: GRITO-FIUC y FUNLAM.
- BRAVO, M. J. (2004): *Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas: manual para profesionales de la salud*. Washington DC: OPS.
- CAFASSI, E. (2002): *Olla a presión. Cacerolazos, piquetes y asambleas, sobre fuego argentino*. Buenos Aires: Libros del Rojas.
- CAIAFFA, W. T., D. VLAHOV, N. M. GRAHAM, J. ASTEMBORSKI, L. SOLOMON, K. E. NELSON y A. MUNOZ (1994): "Drug smoking, Pneumocystis carinii pneumonia, and immunosuppression increase risk of bacterial pneumonia in human immunodeficiency virus-seropositive injection drug users" en: *J Respir Crit Care Med*. Vol. 150, nº 6 (diciembre).
- CALABRESE, A., A. CARBALLEDA, B. GIGLIOTTI y G. TOUZÉ (1985): "La prevención primaria de la fármacodependencia desde FAT" en: *Publicaciones técnicas del FAT*. Nº 6. Buenos Aires: FAT.
- CALABRESE, A., A. CARBALLEDA y E. COTELO (1992): *Correlación entre declaraciones y documentos emitidos por los organismos internacionales (ONU, OEA, OMS, OPS) y las políticas nacionales implementadas para el control del narcotráfico y el uso indebido de drogas*. Mimeo. Buenos Aires: CONICET.
- CAMI, J. (2000): "Las sustancias. Farmacología" en: GRUPO IGIA y col., *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Madrid: Ajuntament de Barcelona-FAD.
- CAMI, J. y M. FARRÉ (2003) "Mechanisms of disease Drug Addiction" en: *The New England Journal of Medicine*. Nº 349.
- CAMPSMITH, M. L., A. K. NAKASHIMA y J. L. JONES (2000): "Association between crack cocaine use and high-risk sexual behaviors after HIV Diagnosis" en: *J Acquir Immune Defic Syndr*. Vol. 25, nº 2 (octubre).
- CAPLAN, G. (1966): *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- CARLSON, R., H. SIEGAL y R. FALCK (1995): "Qualitative research methods in drug abuse and AIDS prevention research: An overview" en: E. LAMBERT, R. ASHERY y R. NEEDLE, *Qualitative methods in drug abuse and HIV research*. NIDA Research Monograph, series 157. Washington: NIDA.
- CARRASCO, A. (2001): "Estrategias del ser en la construcción de la identidad y trabajo de campo". Comunicación presentada en: *Terceras Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos*. Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires, 7-8 de junio.



- CARUSO, L. y J. REBÓN (2001): "Diagnóstico ocupacional de la Villa 21-24 de la Ciudad de Buenos Aires" en: *Revista Laboratorio*. Año 3, nº 7 (primavera). Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales-SIMEL, UBA.
- CASINELLI, C. (1997): "Argentina: un país drogadicto?" en: P. SOROKIN (comp.), *Drogas, mejor hablar de ciertas cosas*. Buenos Aires: Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA.
- CASTAÑO, G. A. (2000): "Cocainas fumables en Latinoamérica" en: *Adicciones*. Vol. 12, nº 4.
- CASTEL, R. y A. COPPEL (1994): "Los controles de la toxicomanía" en: A. EHRENBURG (comp.), *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CAVALCANTI, L. (1996): "Intervención comunitaria en el campo de las toxicomanías" en: P. MEDINA y G. THIMIERGE (ed.), *La investigación en toxicomanía. Estado y perspectivas*. Medellín: FIUC-GRITO-FUNLAM.
- CHIASSON, M. A., R. L. STONEBURNER, D. S. HILDEBRANDT, W. E. EWING, E. E. TELZAK y H. W. JAFFE (1991): "Heterosexual transmission of HIV-1 associated with the use of smokable freebase cocaine (crack)" en: *AIDS*. Vol 5, nº 9 (setiembre).
- CHICHARRO, A. y J. TAPIA (2001) "Complicaciones neurológicas de la cocaína" en: *Cuadernos de Neurología*. Vol. XXV.
- CIGANDA, C. (2004): "Aspectos clínicos del consumo de pasta base" en: L. SCARLATA (comp.), *No te enganches con la lata*. Montevideo: IDES.
- COMAS, D. (1995): "Representación social y estrategias sobre drogas: El caso español" en: libro de ponencias *Aprender y cambiar: balance y perspectivas de futuro de la intervención sobre drogas en Europa*. Barcelona: ITACA.
- CONE, E. J. (1995): "Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cocaine" en: *J Anal Toxicol*. Vol. 19, nº 6 (octubre).
- CONRAD, P. (1982): "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social" en: D. INGLEBY (ed.) *Psiquiatría crítica*. Barcelona: Crítica.
- CONRAD, P. y J. SCHNEIDER (1985): *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Columbus-Ohio: Merrill.
- COOK, T. D. y CH. S. REICHARDT (1986): *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- CÓRDOVA, V. (1990): *Historias de vida. Una metodología alternativa para Ciencias Sociales*. Caracas: Tropykos, Comisión de Estudios de Postgrado FACES/UCV.
- CORPORACIÓN PROGRAMA CALETA SUR (2000): *El trabajo comunitario en sectores populares. Experiencia de Caleta Sur en la Comuna de La Pintana (1981-1998)*. Santiago de Chile.
- COURTIS, C., L. DE LA FUENTE y M. DOMÍNGUEZ (1997): "Espacio, discurso y etnicidad: el caso del barrio coreano". Comunicación presentada en: *6to. Encuentro de Geógrafos de América Latina*. Buenos Aires, 17-21 de marzo.
- CYMERMAN, P. (2001): "Redes y políticas de reducción de daños" en: *Ensayos y Experiencias*. Año 7, nº 39 (julio). Buenos Aires: Red Argentina de Reducción de Daños-Novedades Educativas.
- D'AURIA, A. (s/f): "Tango, marginalidad y drogas" en: *Drogas: mejor hablar de ciertas cosas*. [en línea] Sección Opiniones. [www.drogas.bioetica.org/drodad3.htm#\\_ftn8](http://www.drogas.bioetica.org/drodad3.htm#_ftn8) [consulta noviembre de 2005]
- DÁVILA, L., E. SOLÓRZANO, G. PREMOLI DE PERCOCO, B. QUIÑONES y P. PETROSINO (2001): "El consumo de basuco como agente causal de alteraciones en la encía" en: *Rev Cubana Estomatol*. Vol. 39, nº 2.
- DE DOMINICIS, A. y G. TOUZÉ (comp.) (1991): *La formación de operadores socioterapéuticos. Informe final Proyecto AD/ARG/87/525*. Mimeo. Buenos Aires.



- DELANEY-BLACK, V., C. COVINGTON, T. TEMPLIN, J. AGER, S. MARTIER y R. SOKOL (1998): "Prenatal cocaine exposure and child behavior" en: *Pediatrics*. Vol. 102, nº 4 (octubre).
- DENZIN, N. K. y Y. S. LINCOLN (ed.) (1994): *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage.
- DEL OLMO, R. (1988): *La cara oculta de la droga*. Bogotá: Temis.
- DEL OLMO, R. (1999): "Geopolítica de las drogas" en: *Análisis. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas*. Vol. 2, nº 1. Medellín: Federación Internacional de Universidades Católicas-Fundación Universitaria Luis Amigó.
- DEL RÍO MEYER, M. (1995): "Los programas de disminución de riesgos y baja exigencia" en: *II Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Cádiz: Junta de Andalucía.
- DE MUNCK, J. (1996) : "La consommation de drogues dans le conflit des normes" en: A. EHRENBURG (dir.), *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages*. Communications nº 62. París: École des Hautes Études en Sciences Sociales-Centre d'Études Transdisciplinaires (Sociologie, Anthropologie, Histoire).
- DE SOUZA MINAYO, M. C. (1997): *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar.
- DES JARLAIS, D. C., H. HAGAN, S. R. FRIEDMAN, P. FRIEDMANN, D. GOLDBERG, M. FRISCHER, S. GREEN, K. TUNVING, B. LJUNGBERG y A. WODAK *et al.* (1995): "Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users" en: *Journal of the American Medical Association*. Nº 274.
- DÍAZ, A., M. BARRUTI, H. OLIVERA, K. BUTRÓN, S. JEMIO, M. OLATAWURA, E. LIMA, J. ADIALA, S. NAPO, J. GALDURÓZ, R. MATTEI y A. NOTO (1995): *Historia natural del abuso de cocaína: Una tentativa de estudio de casos*. [en línea] Informe confidencial, PSA-WHO/UNICRI. <http://www.tni.org/drugscoca-docs/naturalhistory.pdf> [consulta febrero de 2006]
- DOHERTY, M. C., B. JUNGE, P. RATHOUZ, R. S. GARFEIN, E. RILEY y D. VLAHOV (2000): "The effect of a needle exchange Program on number of discarded needles: a 2-year follow-up" en: *Am J Public Health*. Nº 90.
- DUCHATZKY, S. y C. COREA (2001): *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- DUEÑAS, C. y C. A. TORRES (1999): "Toxicidad pulmonar inducida por cocaína" en: *Rev Colomb Neumol*. Nº 11.
- EDLIN, B. R., K. L. IRWIN, S. FARUQUE, C. B. MCCOY, C. WORD, Y. SERRANO *et al.* (1994): "Intersecting epidemics-crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team" en: *N Engl J Med*. Vol. 331, nº 21 (noviembre).
- EHRENBURG, A. (1994): "Un mundo de funámbulos" en: A. EHRENBURG (comp.), *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- EHRENBURG, A. (1996): "Comment vivre avec les drogues? Questions de recherche et enjeux politiques" en: A. EHRENBURG (dir.), *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages*. Communications nº 62. París: École des Hautes Études en Sciences Sociales-Centre d'Études Transdisciplinaires (Sociologie, Anthropologie, Histoire).
- EPELE, M. y M. GRIMBERG (2000): "Antropología y Salud Pública. Prevención del VIH y Estrategias de Reducción del Daño" en: *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano*. Buenos Aires.
- ESCOHOTADO, A. (1989): *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza.
- ESCOHOTADO, A. (1995): *Aprendiendo de las Drogas*. Barcelona: Anagrama.
- ESCOHOTADO, A. (1996): *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.



- FATELA, J. (1994): "Drogas y ambivalencias de la subjetividad" en: A. EHRENBURG (comp.), *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FARMER, P. (1999): *Infections and Inequalities. The modern plagues*. Berkeley: University of California.
- FARUQUE, S., B. R. EDLIN, C. B. MCCOY, C. O. WORD, S. A. LARSEN, D. S. SCHMID, J. C. VON BARGEN e Y. SERRANO (1996): "Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods" en: *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. Vol. 13, nº 1 (setiembre).
- FELDMAN, H. W. y M. R. ALDRICH (1990): "The role of ethnography in substance abuse research and public policy: historical precedent and future prospects" en: E. LAMBERT, *The collection and interpretation of data from hidden populations*. NIDA Research Monograph Series 98. Washington: NIDA.
- FELICIANO, D., J. OJUKWU, G. ROZYCKI, R. BALLARD, W. INGRAM, J. SALOMONE, N. NAMIAS y P. NEWMAN (1999): "The Epidemic of Cocaine-Related Juxtapyloric Perforations With a Comment on the Importance of Testing for Helicobacter pylori" en: *Ann Surg*. Vol. 229, nº 6 (junio).
- FRANK, D., R. JACOBS, M. BEEGLY, M. AUGUSTYN, D. BELLINGER, H. CABRAL y T. HEEREN (2002): "Level of prenatal cocaine exposure and scores on the Bayley Scales of Infant Development: modifying effects of caregiver, early intervention, and birth weight" en: *Pediatrics*. Vol. 110, nº 6 (diciembre).
- FREIDSON, E. (1978): *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- GALEANO, E. (2001): *Las venas abiertas de América Latina*. México DF: Siglo XXI.
- GALLART, M. A., F. FORNI e I. VASILACHIS (1992): *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación. Los fundamentos de las ciencias del hombre*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- GASPARINI, L. (2002): "La decadencia distributiva argentina" [en línea] en: *Observatorio Social*. nº 9 (mayo). <http://www.observatoriosocial.com.ar/n9-5.pdf> [consulta febrero de 2006]
- GATOF, D. y R. K. ALBERT (2002): "Bilateral thumb burns leading to the diagnosis of crack lung" en: *Chest*. Vol 121, nº 1 (enero).
- GLASSER, B. y A. STRAUSS (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine de Gruyter.
- GOFFMAN, E. (1963): *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOGNA, M. (coord.), A. ADASZKO, V. ALONSO, G. BINSTOCK, S. FERNÁNDEZ, M. GOGNA, E. A. PANTELIDES, F. PORTNOY y N. ZAMBERLIN (2005): *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES-UNICEF.
- GOLTZMAN, P. y P. CYMERMAN (1997): "Drogas, ¿más de lo mismo?" en: *Margen. Revista de Trabajo Social*. Año 5 nº 10 (verano). Buenos Aires: Margen.
- GONZÁLEZ ZORRILLA, C. (1987): "Drogas y control social" en: *Poder y control*. Nº 2. Barcelona: PPU.
- GRIMBERG, M. (1995): "Sexualidad y Construcción Social del HIV-Sida: Las representaciones médicas" en: *Cuadernos Médico Sociales*. Nº 70. Rosario: CESS.
- GRIMBERG, M. (1996): "La construcción social del problema VIH-Sida: tensiones conceptuales" en: *Seminario sobre SIDA*. Colección Divulgación, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- GRIMBERG, M. (1997): "Construcción social y hegemonía: Representaciones médicas sobre sida. Un abordaje antropológico" en A. KORNBLIT (comp.): *Sida y Sociedad*. Buenos Aires: Espacio.
- GRIMSON, W. (2001): "Comunidades terapéuticas. Una contención alternativa" en: *Encrucijadas*, Año 1, nº 8 (junio). Buenos Aires: UBA.



- GRUP IGIA y col. (2000): "Documento marco sobre reducción de daños. Conferencia de consenso" en: *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: Cooperación e interdisciplinariedad*. Barcelona: Grup Igia.
- GUBER, R. (2001): *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- HAGAN, H. y D. C. DES JARLAIS (2000): "HIV and HCV infection among injecting drug users" en: *Mt Sinai J Med*. Vol. 67, nº 5-6 (octubre-noviembre).
- HALL, W. y L. CARTER (2004): "Ethical issues in using a cocaine vaccine to treat and prevent cocaine abuse and dependence" en: *J Med Ethics*. Vol. 30, nº 4 (agosto).
- HATSUKAMI, D. K. y M. W. FISCHMAN (1996): "Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality?" en: *JAMA*. Vol. 276, nº 19.
- HENMAN, A. (1995): *Drogues légales. L'expérience de Liverpool*. Paris: Lezard.
- HERRERO, T., C. DANA, A. CALABRESE (h), A. ARAMBARRI, N. CASATI, A. MARIONES, S. PAWLOSKY y S. CALABRESE (1975): "Modelo ético social" en: *Publicaciones Técnicas del FAT*. Nº 7. Buenos Aires: FAT.
- HICKS, N. (2000): *Poor People in a Rich Country. A poverty report for Argentina*. [en línea] Report No. 19992-AR. Banco Mundial. <http://wbln0018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/Category/By+Category/138B20E0136061D6852568EB00695995?OpenDocument> [consulta marzo de 2006]
- ILLICH, I. (1978): *Némesis Médica*. México DF: Joaquín Mortiz.
- INSÚA P. (dir.) (1999): *Manual de Educación Sanitaria. Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas*. Zarautz: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas-Ministerio de Sanidad y Consumo-Universidad del País Vasco.
- IRIART, C. (1997): "La Reforma del Sector Salud en la Argentina" en: *Reforma en Salud: Lo privado o lo solidario*. Quito: CEAS.
- JONES, R. (1990): "The pharmacology of cocaine smoking in humans" en: *NIDA Research Monograph*. Nº 99.
- KANDEL, D., K. CHEN, L. A. WARNER, R. C. KESSLER y B. GRANT (1997): "Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population" en: *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 44, issue 1 (enero).
- KOBLIN, B., S. FACTOR, Y. WU y D. VLAHOV (2003): "Hepatitis C virus infection among noninjecting drug users in New York City" en: *Journal of Medical Virology*. Vol. 70, issue 3.
- KOSTEN, T. R. y D. BIEGEL (2002): "Therapeutic vaccines for substance dependence" en: *Expert Rev Vaccines*. Vol. 1, nº 3 (octubre).
- KRAL, A. H., R. N. BLUTHENTHAL, R. E. BOOTH y J. K. WATTERS (1998): "HIV seroprevalence among street-recruited injection drug and crack cocaine users in 16 US municipalities" en: *Am J Public Health*; Vol. 88, nº 1 (enero).
- LANGE, R. A. y L. D. HILLIS (2001): "Cardiovascular complications of cocaine use" en: *The New England Journal of Medicine*. Vol. 345 (agosto).
- LESHNER, A. (1996): "Molecular mechanisms of cocaine addiction" en: *The New England Journal of Medicine*. Vol. 335, nº 2 (julio).
- LESHNER, A. (2001): "La cocaína: abuso y adicción" en: *Serie de Reportes de Investigación*. Publicación nº 01-4324. NIDA.
- LESTELLE, A. (1994): *Defendiendo el futuro*. Buenos Aires.
- LIZASOAIN, Í. (2001): "Cocaína: aspectos farmacológicos" en: *Adicciones*. Vol. 13, sup. 2.
- LLÓPIS LLÁCER, J. J. (2001): "Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína" en: *Adicciones*. Vol. 13, supl. 2.



- LÓPEZ, A. (1998): *Villas de emergencia porteñas durante la convertibilidad. Perfil socio-económico y evoluciones familiares, hogares y población 1991-1998*. Buenos Aires: Consultora Equis.
- LURIE, P. (1997): "Redução de danos: a experiência norteamericana" en: M. de MELO RIBEIRO y S. SEIBEL (org.), *Drogas. Hegemonia do cinismo*. Sao Paulo: Fundação Memorial da América Latina.
- LURIE, P. y A. L. REINGOLD (eds.) (1993): *The public health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad*. Berkeley-San Francisco: University of California, School of Public Health-University of California, Institute for Health Policy Studies.
- MARCO, M. y J. SCHOUTEN (2000): "The Hepatitis Report: A Critical Review of the Research and Treatment of Hepatitis C Virus (HCV) and Hepatitis & HIV Coinfection" [en línea]. Comunicación presentada en: *XIII International AIDS Conference*, Durban, 9-14 julio. <http://aidsinfonyc.org/tag/comp/heprpt.html> [consulta marzo de 2006]
- MARGULIS, M. y M. URRESTI (comp.) (1998): *La segregación negada. Cultura y discriminación social*. Buenos Aires: Biblos.
- MARKS, J. (1997): "Dosagem de manutenção de heroína e cocaína" en: M. de MELO RIBEIRO y S. SEIBEL (org.), *Drogas. Hegemonia do cinismo*. Sao Paulo: Fundação Memorial da América Latina.
- MCCOY, C. B., S. LAI, L. METSCH, S. MESSIAH y W. ZHAO (2004): "Injection drug use and crack cocaine smoking: independent and dual risk behaviors for HIV infection" en: *Ann Epidemiol.* Vol. 14, nº 8 (setiembre).
- MENA, M., P. NAVARRETE, S. CORVALÁN y P. BEDREGAL (2000): "Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo" en: *Revista Médica de Chile*. Vol. 128, nº 10 (octubre).
- MENDELSON, H. y M. MELLO (1996): "Management of cocaine abuse and dependence" en: *The New England Journal of Medicine*. Vol. 334, nº 15 (abril).
- MENEM, C. (1994): "Prólogo" en: A. LESTELLE, *Defendiendo el futuro*. Buenos Aires.
- MESQUITA, F. (1994): "AIDS e drogas Injetáveis" en: L. BITTENCOURT (org.), *A vocação do extase*. Rio de Janeiro: Imago.
- MÍGUEZ, H. (1999): *Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Adictivas en la República Argentina*. Buenos Aires: SEDRONAR.
- MINO, A. y S. ARSEVER (1996): *J'accuse. Les mensonges qui tuent les drogués*. Paris: Calmann-Lévy.
- MINOR, R. L. jr., B. D. SCOTT, D. D. BROWN y M. D. WINNIFORD (1991): "Cocaine-induced myocardial infarction in patients with normal coronary arteries" en: *Ann Intern Med*. Vol. 115, nº 10 (noviembre).
- MUNIZ, A. E. y T. EVANS (2001): "Acute gastrointestinal manifestations associated with use of crack" en: *Am J Emerg Med*. Vol. 19, nº 1 (enero).
- NAPPO, S. A., Z. V. M. SANCHEZ, L. G. OLIVEIRA, S. A. SANTOS, J. C. JUNIOR, J. C. B. PACCA y V. LACKS (2004): *Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de Crack em relação às DST/AIDS.*, São Paulo: CBRID.
- NESS R., J. GRISSO, N. HIRSCHINGER, N. MARKOVIC, L. SHAW, N. DAY y J. KLINE (1999): "Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion" en: *The New England Journal of Medicine*. Vol. 340, nº 5 (febrero).
- NIÑO, L. (2001): "El enfoque jurídico. Los muertos que vos matáis" en: *Encrucijadas*. Año 1 nº 8 (junio). Buenos Aires: UBA.



- NISTAL DE PAZ, F., J. J. ORDIALES FERNÁNDEZ, J. ALLENDE GONZÁLEZ y L. COLUBI COLUBI (1999): "Pulmonary complications related to cocaine consumption" en: *An Med Interna*. Vol. 16, nº 7 (julio).
- NOWLIS, H. (1975): *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. París: Unesco.
- O'BRIEN, C. (1996): "Adicción y Abuso de sustancias tóxicas" en: GOODMAN & GILMAN, *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 9º ed. México DF: Interamericana.
- O'HARE, P. (1994): "Reducao de danos: alguns princípios e a acao práctica" en: F. MESQUITA y F. BASTOS (org.), *Drogas e AIDS. Estratégias de Redução de danos*. Sao Paulo: Hucitec.
- PAONE, D., D. C. DES JARLAIS, S. CALOIR, P. B. FRIEDMAN, I. NESS y S. R. FRIEDMAN (1994): "New York City syringe exchange: An overview" en: *Proceedings of the National Academy of Sciences. Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Washington DC: National Academy.
- PAPPALARDO, M. (1992): *Estudio sobre cocaína: base libre y crack*. Serie Publicaciones Técnicas del FAT. Nº 16. Buenos Aires: FAT.
- PARANDEKAR, S., S. ESPAÑA y M. SAVANTI (2003): *El impacto de la crisis en el proceso educativo en Argentina*. Documento de trabajo nº 3/03. Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.
- PARSONS, T. (1984): *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- PASCUAL PASTOR, F. (2001): "Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína" en: *Adicciones*. Vol. 13, supl. 2.
- PAWLOWICZ, M., D. ROSSI, P. CYMERMAN, P. GOLTZMAN y G. TOUZÉ (2003): "Cuidado y riesgo en usuarios de cocaína inhalada de Buenos Aires". Comunicación presentada en: *6to. Congreso Argentino de Sida*. Buenos Aires, 20-23 de noviembre.
- PELLET LASTRA, A. (1991): "Como encaramos la lucha contra el narcotráfico" en: *Manuales de Orientación para Educadores. El accionar educativo ante la situación de toxicodependencia*. Cuadernillo nº 3. Buenos Aires: SEDRONAR.
- PÉREZ, J., S. RAFFO, C. FRESNO y V. NARVÁEZ (2000): "Estudio prospectivo a dos años de pacientes ambulatorios consumidores de pasta base de cocaína" en: *Revista de Psiquiatría* (Santiago). Vol. 17, nº 3.
- RALET, O. (2000): "Condicionantes políticos y económicos. Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del 'problema de la droga'" en GRUP IGIA y col.: *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Madrid: Ajuntament de Barcelona-FAD.
- RAMÍREZ MONAGAS, B. (1987): "Del modelo geopolítico estructural" en: *La cuestión de las drogas en América Latina. Una visión global*. Caracas: CONACUID.
- RAMÍREZ MONAGAS, B., R. GONZÁLEZ ALVARADO, F. SATURNO HARTT, R. ALAYÓN MONSERAT y J. CHAVIGNI de BUDOWSKI (1987): "Reflexiones para el análisis del problema del tráfico y consumo de drogas en las Américas" en: *La cuestión de las drogas en América Latina. Una visión global*. Caracas: CONACUID.
- RAMÍREZ, O., V. CÁRDENAS, G. PEÑA, L. GALINDO-TORO y J. M. LOZANO (2000): "Retardo del crecimiento intrauterino asociado con el consumo de pasta básica de cocaína por mujeres gestantes de Bogotá, D.C., Colombia" en: *Biomédica* (Bogotá). Vol. 20, nº 4 (diciembre).
- REBÓN, J. (2002): "Conflicto social y nacionalidad en villas miseria en la Ciudad de Buenos Aires". Comunicación presentada en: *Congreso Internacional "Desafíos actuales de la comunicación intercultural"*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Salamanca.
- RHODES, T. (1994): *Risk, intervention and change. HIV prevention and drug use*. Londres: Health Education Authority.



- RHODES, T., C. FITCH y G. STIMSON (2002): *SEX-RAR guide: the rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour*. Ginebra: World Health Organization.
- ROCABADO, B. (1996): "Perforaciones gastroduodenales agudas asociadas al consumo de pasta base de cocaína" en: *Rev. Chil. Cir.* Vol. 48, nº 4 (agosto).
- ROMANI I ALFONSO, O. (1992): "Marginación y drogodependencia. Reflexiones en torno a un caso de investigación-intervención" en: F. ALVAREZ-URÍA (ed.), *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*. Madrid: Endymión.
- ROMANI I ALFONSO, O. (1997): "Etnografía y drogas. Discursos y prácticas" en: *Nueva Antropología*. Nº 52. México.
- ROSENBLUM, A., L. NUTTBROCK, H. L. MCQUISTON, S. MAGURA y H. JOSEPH (2001): "Hepatitis C and substance use in a sample of homeless people in New York City" en: *Addict Dis.* Vol. 20, nº 4.
- ROSSI, D. y G. TOUZÉ (1996): "Prevención del sida en consumidores de drogas" en: *Seminario sobre sida*. Colección Divulgación. Buenos Aires: Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- ROSSI, D. y G. TOUZÉ (1997): "Derechos humanos, uso de drogas y VIH-Sida", en P. SOROKIN (comp.): *Drogas, mejor hablar de ciertas cosas*. Buenos Aires: Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA.
- ROSSI, D. (1998): "Uso de drogas. El sentido de la intervención" en: *Análisis. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas*. Vol. I, nº 1 (junio). Medellín: Federación Internacional de Universidades Católicas-Fundación Universitaria Luis Amigó.
- ROSSI, D. (2001): "Actualizaciones en Reducción de Daños asociados al uso de drogas" en: *Ensayos y Experiencias*, Año 7, nº 39 (julio). Buenos Aires: Red Argentina de Reducción de Daños-Novedades Educativas.
- ROSSI, D., G. RADULICH, L. MARTÍNEZ PERALTA, S. SOSA ESTANI, M. VILA, L. VIVAS y M. WEISSENBACHER (2002): "Riesgo de transmisión de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables no institucionalizados del Gran Buenos Aires" en: *Reducción de daños. Apuntes para la acción*. [CD-rom] Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil-Cooperación Alemana para el Desarrollo.
- ROSSI, D. y V. RANGUGNI (2004): *Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003)*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-ONUSIDA-ONUDD.
- ROTH, M. D., D. P. TASHKIN, R. CHOI, B. D. JAMIESON, J. A. ZACK y G. C. BALDWIN (2002): "Cocaine enhances human immunodeficiency virus replication in a model of severe combined immunodeficient mice implanted with human peripheral blood leukocytes" en: *J Infect Dis.* Vol. 185, nº 5 (marzo).
- ROTH, M.D., K. WHITTAKER, K. SALEHI, D. P. TASHKIN y G. C. BALDWIN (2004): "Mechanisms for impaired effector function in alveolar macrophages from marijuana and cocaine smokers" en: *J Neuroimmunol.* Vol 147, nº 1-2 (febrero).
- ROY, E., N. HALEY, P. LECLERC, J. F. BOIVIN, L. CÉDRAS y J. VINCELETTE (2001): "Risk factors for hepatitis C virus infection among street youths" en: *CMAJ*. Vol. 165, nº 5 (setiembre).
- SAMAJA, J. A. (1993): *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Colección Temas. Buenos Aires: EUDEBA.
- SHARMA, R., C. H. ORGAN, E. R. HIRVELA y V. J. HENDERSON (1997): "Clinical observation of the temporal association between crack cocaine and duodenal ulcer perforation" en: *Am J Surg*. Vol. 174, nº 6 (diciembre).



- SHAY, A. H., R. CHOI, K. WHITTAKER, K. SALEHI, C. M. KITCHEN, D. P. TASHKIN, M. D. ROTH y G. C. BALDWIN (2003): "Impairment of antimicrobial activity and nitric oxide production in alveolar macrophages from smokers of marijuana and cocaine" en: *J Infect Dis*. Vol. 187, nº 4 (febrero).
- SEPÚLVEDA, J. (s/f): "De la coca a la cocaína" en: *Ars Medica*. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. Pontificia Universidad Católica de Chile Vol. 7, nº 7. [en línea < <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica7/Art02.html> > consulta abril de 2006]
- SIRVENT, M. T. (1999): *Cultura popular y participación social. Una investigación en el barrio de Mataderos*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- SOARES, B. G. O., M. S. LIMA, A. LIMA REISSER y M. FARELL (2004): "Dopamine agonists for cocaine dependence (Cochrane Review)" en: *The Cochrane Library*. Issue 4.
- SPINK, M. J. (2000): *Prácticas discursivas e producao de sentidos no cotidiano. Aproximacoes teóricas e metodológicas*. 2º ed. San Pablo: Cortez.
- STIMSON, G. V., C. FITCH y T. RHODES (ed.) (1998): *Guía para la Evaluación Rápida y Desarrollo de Respuestas en el Uso de Drogas por Vía Inyectable*. Ginebra: OMS.
- SZASZ, T. (1981): *La teología de la medicina*. Barcelona: Tusquets.
- SZASZ, T. (1993): *Nuestro derecho a las drogas. En defensa de un mercado libre*. Barcelona: Anagrama.
- TASHKIN, D., E. KLEERUP, S. KOYAL, J. MARQUES y M. GOLDMAN (1996): "Acute effects of inhaled and i.v. cocaine on airway dynamics" en: *Chest*. Vol. 110, nº 4 (octubre).
- TASHKIN, D. (2001): "Airway effects of marijuana, cocaine, and other inhaled illicit agents" en: *Curr Opin Pulm Med*. Vol. 7, nº 2 (marzo).
- TERRA-FILHO, M., C. YEN, U. DE PAULA SANTOS y D. ROMERO MUÑOZ (2004): "R. Pulmonary alterations in cocaine users" en: *Sao Paulo Med J*. Vol. 122, nº 1 (enero).
- THOMAS, D. L. (2002): "Hepatitis C and human immunodeficiency virus infection" en: *Hepatology*. Vol. 36, supl. 5 (noviembre).
- TORTU, S., J. McMAHON, E. POUGET y R. HAMID (2004): "Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C" en: *Subst Use Misuse*. Vol. 39, nº 2 (enero).
- TOUZÉ, G. (1992): "Modelos de prevención" en: *Primer programa de capacitación no presencial "Modalidades de intervención en la prevención y disminución del uso indebido de drogas"*. Buenos Aires: Fundación Convivir.
- TOUZÉ, G. y D. ROSSI (1993): *Sida y drogas: ¿Abstinencia o reducción del daño*. Buenos Aires: FAT.
- TOUZÉ, G. y D. ROSSI (1995): "Opportunities and obstacles to harm reduction in Argentina" en libro de resúmenes de la: *VI International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. Florencia: PARSEC.
- TOUZÉ, G. (1996): "La construcción social del 'problema droga'" en P. MEDINA y G. THIVIERGE (ed.): *La investigación en toxicomanía. Estado y perspectivas*. Medellín: FIUC-GRITO-FUNLAM.
- TOUZÉ, G., D. ROSSI, P. CYMERMAN, N. ERENÚ, S. FARAONE, P. GOLTZMAN, E. ROJAS y S. VÁZQUEZ (1999): *Prevención del VIH-sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- TOUZÉ, G. (2001): "Uso de drogas y VIH/sida. De la medicalización a la ciudadanía" en: *Encrucijadas*. Año 1, nº 8 (junio). Buenos Aires: UBA.
- TOUZÉ, G. (2003): "Obstacles to the development of prevention and public health policies in Argentina" en: *Clinical Infectious Diseases*. Nº 37, sup. 5.
- TROTTER, R. T. II, A. M. BOWEN, J. M. POTTER y D. JIRON (1994): "Enfoques etnográficos y análisis de las redes sociales, para la creación de programas de prevención del uso de drogas y de VIH, en usuarios activos" en: A. ORTIZ, (ed.), *Las adicciones: Hacia un enfoque multidisciplinario*. México DF: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Consejo Nacional contra las Adicciones.



- URIBE, J. y N. SCHWAB (2002): *El sector salud argentino en medio de la crisis*. Documento de trabajo n° 2/02. Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.
- VACCARINO, F. y S. ROTZINGER (2004): *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Ginebra: OMS.
- VELASQUEZ, E. M., R. C. ANAND, W. P. NEWMAN, S. S. RICHARD y D. L. GLANCY (2004): "Cardiovascular complications associated with cocaine use" en: *J La State Med Soc*. Vol. 156, n° 6 (noviembre-diciembre).
- VERGER I PLANELLS, A (2003): *Sistematización de experiencias en América Latina. Una propuesta para el análisis y la recreación de la acción colectiva desde los movimientos sociales*. [en línea] Departamento de Sociología de la Universitat Autònoma de Barcelona. <http://www.alforja.or.cr/sistem/biblio.html> [consulta mayo de 2005]
- WEBER, J., F. SHOFRER, L. LARKIN, A. KALARIA y J. HOLLANDER (2003): "Validation of a Brief Observation Period for Patients with Cocaine-Associated Chest Pain" en: *N Engl J Med*. N° 348.
- WEISSENBACHER, M., M. L. OSIMANI, E. VÁZQUEZ, D. ROSSI, G. RADULICH; E. MUZZIO, M. SERRA, M. SEGURA, H. CHIPARELLI, J. RUSSI, L. LATORRE, J. REY, P. CUCHÍ, A. GHERARDI y L. MARTÍNEZ PERALTA (2003a): "Comparative study on prevalence of infections and associated risk factors in non-injecting cocaine users from Buenos Aires and Montevideo". Comunicación presentada en: *8vo. Congreso Mundial de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual*. Punta del Este, diciembre.
- WEISSENBACHER, M., D. ROSSI, G. RADULICH; S. SOSA-ESTANI, M. VILA, E. VIVAS, M. AVILA, P. CUCHÍ, J. REY y L. MARTÍNEZ PERALTA (2003b): "High Seroprevalence of Blood-borne Viruses among Street-recruited Injection Drug Users from Buenos Aires, Argentina" en: *Clinical Infectious Diseases*. Vol. 37, supl. 5.
- WEISSMANN, P. (2001): "Morfinomanía y defensa social" en: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol XXI, n.º 78.
- WIEBEL, W. (1990): "Identifying and gaining access to hidden populations" en: E. LAMBERT, *The collection and interpretation of data from hidden populations*. NIDA Research Monograph Series 98, Washington: NIDA.
- NODAK, A. (2000): "Fifteen years of HIV Prevention Among Injection Drug Users in Australia" en: *1999 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug Using Populations. Second Annual Meeting Report*. Washington: NIDA.
- YACHOUCHEY, E., A. DEBET y A. FINGERHUT (2002): "Crack cocaine-related prepyloric perforation treated laparoscopically" en: *Surg Endosc*. Vol. 16, n° 1 (enero).
- YARÍA, J. (1995): *La cultura del malestar: drogadicción, alcoholismo, sida. Programa preventivo 10.000 líderes para el cambio*. Buenos Aires: USal.
- ZEBALLOS, J. (2003): *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003*. Buenos Aires: OPS.

## Artículos periodísticos

- BARRA, R. (1994): "Tener droga para uso personal es delito" en: *Clarín*. Buenos Aires, 4 de noviembre.
- CLARÍN (2002): "La desocupación es la más alta de la historia". [edición digital] Buenos Aires, 25 de julio. [http://old.clarin.com/ultimo\\_momento/notas/2002/07/25/m-420657.htm](http://old.clarin.com/ultimo_momento/notas/2002/07/25/m-420657.htm) [consulta noviembre de 2005]



- EL DINÁMICO (s/f): "Romanticismo y utopía en el origen de la C.T. en nuestro país" [en línea] [www.eldinamico.org.ar](http://www.eldinamico.org.ar) [consulta noviembre de 2005]
- EL TRIBUNO (2000): "Cortocircuito en el Gobierno por carteles contra la droga". Salta, 21 de enero.
- GUERRIERO, L. (2000): "Campañas ¿para qué?" en: *Revista La Nación*. Buenos Aires, 26 de marzo.
- VIDELA, E. (2000): "Cortese habla sobre la despenalización del consumo. El debate debe estar abierto" en: *Página 12*. Buenos Aires, 20 de enero.

## Informes y documentos

- ASAMBLEA GENERAL DE LA ONU (1998): Resolución S-20/3. *Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas*.
- ASAMBLEA GENERAL DE LA ONU (2001): Resolución S-26/2. *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*.
- CENARESO (1974): *Informe N° 3*. Secretaría de Coordinación y Promoción Social de la Nación.
- COMISIÓN DE ESTUPEFACIENTES DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA ONU (2000): Resolución 43/3. *Mejoramiento de la asistencia prestada a los toxicómanos*.
- CONCONAD (1986): *Plan Maestro para la implementación y apoyo a las actividades del Plan Nacional de Control del Narcotráfico y Prevención del Uso Indebido de Drogas 1986-1989*. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- CONFERENCIA DE MINISTROS DE SALUD DE PAÍSES IBEROAMERICANOS (1993): "Salud y desarrollo: SIDA una cuestión social y económica". *Conclusiones y recomendaciones*. Mimeo.
- CONSEJO NACIONAL DE LA VIVIENDA (2002): *Revista N° 7*.
- DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA (2004): *Análisis de situación de salud (ASIS) de la población de la Ciudad de Buenos Aires - año 2003*. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS PARA LA SALUD (2001): *Natalidad y mortalidad por Área Programática - año 2001*. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- DIRECCIÓN DE POLÍTICA CRIMINAL (1996): *Relevamiento de causas relativas a la Ley 23.737 en el primer semestre de 1996*. Secretaría de Justicia del Ministerio de Justicia de la Nación.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (2002): "La mortalidad por Sida en la Ciudad de Buenos Aires a partir de la década de los 90" en: *Informe de Resultados*. 19. Secretaría de Hacienda y Finanzas, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- FAT (s/f): [en línea] [www.webfat.org.ar](http://www.webfat.org.ar) [consulta noviembre de 2005]
- FIUC (1999): *Laboratorio Internacional Universitario de Estudios Sociales*. Documento de proyecto. Mimeo. París.
- FONGA (s/f): [en línea] <http://www.fonga.org.ar/federa.htm#Rese> [consulta febrero de 2006]
- INFOSIDA (2002): "Situación epidemiológica del VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires" en: *Publicación de la Coordinación sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*. Año 2, n° 2 (octubre).
- INSTITUTO DE VIVIENDA DE LA CIUDAD (2004): *Datos estadísticos comparados de villas, N.H.T. y barrios*. [en línea] Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/jef\\_gabinete/vivienda/estadisticos.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/jef_gabinete/vivienda/estadisticos.pdf) [consulta agosto de 2005]
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (s/f): *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001*. [en línea] Ministerio de Economía de la Nación. <http://www.indec.mecon.ar/webcenso/index.asp> [consulta setiembre de 2005]



- NIDA (s/f): "Commonly Abused Drugs". [en línea] <http://www.drugabuse.gov/DrugPages/DrugsofAbuse.html> [consulta noviembre de 2005]
- MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACIÓN (1994): *Centro de la medida de seguridad educativa*.
- PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS DEL HUMANO, SIDA y ETS (1998): *Boletín sobre el sida en la Argentina*. Año V, nº 14 (julio). Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- PROYECTO DINEMS/UNESCO/FNUFUID (1981): *El ABC de las drogas*. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación.
- SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS ADICCIONES (s/f): *Red Pública Provincial de atención gratuita de las adicciones*. (dir. J. Yaría) Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.
- SEDRONAR (2001): *Primera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media*. [en línea] [http://www.sedronar.gov.ar/encuestas%20nacionales/ense%F1anza%20media%202001/encu\\_naci\\_est01\\_1.htm](http://www.sedronar.gov.ar/encuestas%20nacionales/ense%F1anza%20media%202001/encu_naci_est01_1.htm) [consulta abril de 2006]
- SIEMPRO (2002): *Informe de situación social*. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación
- SUBCOMITÉ DE FISCALIZACIÓN DE DROGAS DE LA ONU (2000): "Prevenir la transmisión del VIH entre abusadores de drogas". *Un documento de posición del Sistema de las Naciones Unidas*. Anexo al Informe de la 8ª sesión Comité Administrativo de Coordinación de Naciones Unidas, 28-29 setiembre.
- UNESCO (1973): Seminario sobre los jóvenes y el uso de las drogas en los países industrializados. ED/MD/34. Sevres, 10-15 de setiembre.
- WORKGROUP REVIEW OF QUALITATIVE RESEARCH ON NEW DRUG TRENDS (2002): [en línea] <http://qed.emcdda.eu.int/resources/workgroups/trends/trends.PDF> [consulta mayo de 2005]

## Acuerdos internacionales

- ACUERDO SUDAMERICANO SOBRE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS. Buenos Aires, 1973.
- CONVENCIÓN ÚNICA SOBRE ESTUPEFACIENTES. Nueva York, 1961.
- CONVENIO SOBRE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS. Viena, 1971.
- CONVENCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS. Viena, 1988.

## Legislación argentina

- DECRETO 452 (1972): Creación de la CONATON.
- DECRETO-LEY 7.672 (1963): Aprobación de la Convención Única de Estupefacientes.
- DECRETO 261 (1975): Lucha antisubversiva.
- DECRETO 1.383 (1985): Creación de la CONCONAD.
- DECRETO 671 (1989): Creación de la SEDRONAR.
- DECRETO 649 (1991): Estructura organizativa de la SEDRONAR.
- DECRETO 1.426 (1996): Reformulación de la estructura organizativa de la SEDRONAR.
- LEY 17.567 (1968): Modificación del Código Penal.
- LEY 17.818 (1968): Ley de Estupefacientes.
- LEY 20.332 (1973): Creación del CENARESO.
- LEY 20.771 (1974): Ley de Estupefacientes. Régimen Penal.



- LEY 20.840 (1974): Seguridad nacional. Penalidades para las actividades subversivas en todas sus manifestaciones.
- LEY 23.358 (1986): Inclusión en planes de estudios primarios y secundarios de la materia drogadicción.
- LEY 23.737 (1989): Régimen Penal de Estupefacientes.
- LEY 24.424 (1995): Modificatoria de la Ley 23.737.
- LEY 24.455 (1995): Cobertura de SIDA y drogadependencia por Obras Sociales.
- LEY 24.754 (1996): Cobertura de SIDA y drogadependencia por empresas de medicina prepaga.
- RESOLUCIÓN 351 SEDRONAR (2000): Recomendación al Ministerio de Salud de la Nación de la adopción de programas de reducción de riesgos.
- RESOLUCIÓN 709 ANSSAL (1997): Programa de cobertura de VIH-SIDA y drogadependencia.
- RESOLUCIÓN CONJUNTA 160-3 Ministerio de Salud y Acción Social-SEDRONAR (1995): Normatización de los Servicios Preventivos Asistenciales en Drogadependencia.
- RESOLUCIÓN CONJUNTA 201-51 del Ministerio de Salud y Acción Social-SEDRONAR (1998): Incorporación al Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica de las "Normas de Funcionamiento de los Organismos que prestan servicios como Centros Preventivos Asistenciales de la Drogadependencia" y el "Programa Terapéutico Básico para el Diagnóstico y el Tratamiento de la Drogadicción".
- RESOLUCIÓN CONJUNTA 361-153 Ministerio de Salud y Acción Social-SEDRONAR (1997): Normas de categorización de establecimientos que brindan Servicios Preventivos Asistenciales en Drogadependencia.
- RESOLUCIÓN CONJUNTA 362-154 Ministerio de Salud y Acción Social-SEDRONAR (1997): Aprobación del Programa Básico para el Tratamiento de la Drogadicción para las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga.