

LAZO SOCIAL O SEGREGACIÓN, parecen ser los dos polos que ordenan de uno u otro lado la trama en que lo colectivo y lo subjetivo plantean de modos múltiples las relaciones entre las prácticas sociales y los consumos. A lo largo de una entrevista de casi dos horas, la Licenciada Silvia Quevedo pasa revista a conceptos, nociones, estrategias, mitos e historia de cómo estas discusiones se fueron dando en términos globales y locales y en qué medida algunas leyes y decisiones políticas formuladas alrededor de estas cuestiones –en los últimos diez años–, impactaron positivamente sobre esquemas teóricos y territoriales.

Los tratamientos que solo hacen eje en la desintoxicación NAUFRAGAN

SILVIA QUEVEDO

En principio, es necesario situar que la complejidad que reviste el fenómeno del consumo problemático de drogas se produce por el entrecruzamiento de dimensiones heterogéneas entre sí: los contextos sociales y discursos sobre las drogas, la singularidad subjetiva y los efectos de las sustancias psicoactivas en el sistema nervioso central.

Es de destacar que las sustancias psicoactivas: drogas, alcoholes, psicofármacos, entre otras, siempre han acompañado a la humanidad desde tiempos inmemoriales, pero con funciones muy diferentes en los colectivos históricos-sociales en que se han inscripto.

Por esta cuestión podemos decir que los discursos sobre las drogas, o sea, la significación asignada a las sustancias, varía históricamente según las relaciones sociales en que se inscriben en cada colectivo sociocultural. De acuerdo a las significaciones atribuidas, se jugará la estigmatización hacia algunas sustancias y la aceptación de otras.

En las **sociedades precapitalistas** por ejemplo: las hoy llamadas *drogas* formaron parte del conjunto de las medicinas y de los mitos, acompañando a los individuos en diversos ritos: sociales, religiosos y festivos.

De este modo, constituían emblemas de renovación del lazo social, medios

de comunicación con las divinidades, o formaban parte del ceremonial que acompaña el culto a los muertos. O sea que estos usos estaban regulados, acotados por ritos culturales aceptados.

Por el contrario, si nos situamos en el contexto contemporáneo atravesado por la **globalización capitalista**, encontramos aún las marcas del arrasamiento que las políticas neoliberales de los 90 han producido en nuestras sociedades latinoamericanas.

La declinación del Estado a favor de la lógica del mercado ha promovido el empuje al consumo generalizado, sin tope de todo tipo de objetos, donde las sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales constituyen una mercancía más. Los consumos se transformaron en una experiencia cotidiana y masiva, no acotada; por ello podemos hablar de consumos problemáticos como un fenómeno típico de la sociedad capitalista actual, no localizable como tal en las sociedades premodernas.

Si examinamos la categoría **consumo**, esta ingresa dentro de la lógica del discurso capitalista. Incluso desde las ciencias sociales autores como el antropólogo García Canclini piensa al consumo como un modo de dar cuenta del conjunto de los procesos socioculturales en los que se realizan la apropiación y los usos de los productos.

Ahí, las drogas funcionarían como parte de un consumo más dentro del sistema, las sustancias legales e ilegales como una mercancía más del sistema capitalista.

Por eso, cuando hablamos de *consumos problemáticos* es para resaltar el carácter complejo del concepto mercancía, en términos de su valor de uso como de su valor de cambio.

Podemos situar que en el contexto contemporáneo, se ha producido una división maniquea entre las sustancias legales e ilegales, en venenos y remedios, producto del reparto cultural de las sustancias como diría el sociólogo francés Alain Ehrenberg.

Los discursos estigmatizantes que sitúan a las *drogas* –esta nominación se reserva exclusivamente a las sustancias consideradas ilícitas– como *flagelo* se sostienen en consideraciones ajenas a su composición o calidad toxicológica.

Se trata más bien de consideraciones sociales, culturales y morales que producen como efecto imaginarios de degradación social, vicio, delito, enfermedad. Estas consideraciones convocan a la producción discursiva de estereotipos estigmatizantes y segregativos que recaen sobre los usuarios de drogas y los excluyen de los sistemas de salud, como de los ámbitos educativos, laborales y sociales.

La noción de consumos problemáticos es una categoría que es orientadora en la clínica, ya que permite establecer las diferencias y el lugar que ocupan los consumos en cada quien. Es posible así asociar el *concepto de consumos problemáticos al concepto psicoanalítico de compulsión*. De este modo, podemos deconstruir los conceptos de *adicción, toxicomanía o drogadependencia*.

Consumos simples y consumos problemáticos

Si consideramos la **dimensión subjetiva**, localizamos que los individuos sostienen modos **heterogéneos** de vinculación con las sustancias psicoactivas. De este modo, podemos diferenciar

los **consumos simples** (no compulsivos) que pueden formar parte de las tramas sociales recreativas, de los **consumos problemáticos** que constituyen una suerte de solución precaria, respuesta o recurso frente al sufrimiento subjetivo, como un modo que tiene el sujeto para tramitar la angustia, una suerte de suspensión del tiempo, de cancelación tóxica de la angustia, de los recuerdos, del conflicto. En otros casos, será un intento por elaborar un cuerpo para evitar un arrastamiento psíquico mayor, como podría ser un brote psicótico o un pasaje al acto. Los sujetos tienen diferentes modos de relación con las sustancias y es central situar **qué función** cumplen en la singularidad de cada quien.

Cuadro de situación

En el contexto actual observamos fuertes tensiones entre los dos modelos preventivo-asistenciales que disputan actualmente el escenario de las políticas públicas en materia de drogas: el *modelo abstencionista-prohibicionista* y el *modelo de reducción de riesgos y daños*.

El **modelo abstencionista** conserva aún una presencia hegemónica, es conocido también bajo el nombre de paradigma de guerra contra las drogas, o de tolerancia cero. Este paradigma nace en los EE.UU., vinculado a las doctrinas de seguridad nacional y tiene por objetivo central una sociedad libre de drogas.

Este modelo plantea la abstinencia obligatoria de sustancias tanto en los dispositivos preventivos como en los dispositivos asistenciales, como condición de inicio y meta del tratamiento.

Este paradigma es heredero del **modelo médico y legal**, y plantea una estrategia de respuesta penal y sanitaria. Ambos modelos, el legal y el médico, confluyen entonces en el modelo abstencionista que conceptualiza el fenómeno del consumo de sustancias desde una suerte de reduccionismo lineal donde el objeto droga es el agente causa y el sujeto es pasivo, irresponsable, enfermo y, a la vez, contradictoriamente, es considerado un delincuente y un enfermo.

La estrategia consiste en sustraer a los individuos del contacto con las drogas mediante la represión, que criminaliza la tenencia para consumo personal y reprime el narcotráfico. Por otro lado, propiciando la creación de comunidades terapéuticas basadas en el **modelo médico de enfermedad infecciosa**, consideran la adicción o los consumos problemáticos como una enfermedad infecciosa donde el procedimiento a seguir es separar al sujeto (huésped) para aislar al virus (droga) y evitar el contacto. No se distinguen umbrales entre un uso simple de sustancias, un consumo abusivo o una dependencia.

En nuestro país, la Ley 23737 del año 1989, expresa el paradigma del modelo abstencionista y conjuga ahí dos cuestiones: por un lado, la represión penal al consumidor, por ejemplo se detiene a un sujeto por tener un cigarrillo de marihuana porque lo que se penaliza es la tenencia para consumo personal, se lo considera un delito, imprimiéndole una lógica de castigo y penalización.

Por el otro lado, en esa década del 90, la derivación a un tratamiento obligatorio se realizaba en primer lugar a las comunidades terapéuticas, mediante **la medida de seguridad curativa que imponía un tratamiento coercitivo**, según la ley 23737, cuya alta debía efectuarse en términos de plena reinserción estimados entre dos y tres años.

Ese tipo de comunidades se constituían como la organización estrella que se acoplaba perfectamente a la ley. Si la ley establecía dos o tres años de recuperación y reinserción plena, entonces las comunidades terapéuticas ofertaban dos años de internación. Durante esos dos o tres años estaban los subsidios, las becas que otorgaba la SEDRONAR de esa época, con un Estado que tercerizaba sus responsabilidades y su accionar.

En ese contexto social y político –que no fue solo un fenómeno local, sino que proliferó en muchos otros países del mundo– se multiplicaron estas instituciones en progresión geométrica, al calor de estos subsidios.

“ Las sustancias legales e ilegales como una mercancía más del sistema capitalista”

Sujetos entre las desigualdades y las diferencias

Estas comunidades organizan los tratamientos desde un perfil homogéneo del “drogadicto”, es decir que los tratamientos son universales sin considerar la singularidad del padecimiento subjetivo de cada quien.

Establecen pautas prescriptivas y sanciones, a través de una serie de etapas para todos por igual, que elimina o no tiene en cuenta las diferencias que hay en el modo en que se posicionan las personas frente a su relación con las sustancias. Tampoco establece diferencias entre un consumo simple y un consumo problemático, sino que hace una suerte de similitud entre uso y adicción.

Por ejemplo, son complejos los modos en que se aborda la prevención focalizando principalmente la atención en las sustancias ilícitas, desatendiendo la prevención de las sustancias legales como por ejemplo: el alcohol. Como efecto de este modelo abstencionista- prohibicionista -a través de las respuestas tanto penales como sanitarias- se organizó un discurso que apuntaba a que la única alternativa -como condición de inicio y despliegue de un tratamiento- era la abstinencia obligatoria de sustancias.

Desde esta lógica, el constructo discursivo concluye en sinonimizar al usuario de drogas “con el adicto”, enfermo, violento, peligroso, delincuente, joven, pobre, etc.

Es también en esa época -primeros años de los noventa- cuando circula como prejuicio extendido la idea del consumo de sustancias como una

“escalada”. Esa lógica de la escalada establecía una suerte de causalidad lineal: el consumo de una sustancia lleva necesariamente a consumir otra sustancia, sin establecer diferencias entre los diversos modos de relación que los individuos sostienen con las sustancias. Por ejemplo: “se comienza con *marihuana* y se continúa con *la heroína*”, sustancia que en nuestro país no se comercializa.

Más allá del fracaso de este modelo, la mayoría de sus supuestos culturales-ideológicos, con matices, aún perduran en las construcciones discursivas de los medios de comunicación a través de: periodistas, opinólogos, etc., que -armando una especie de círculo vicioso sobre el tema- pululan cada noche por los distintos canales de aire y cable .

Ante el fracaso: nuevas alternativas

El fracaso ostensible de las políticas prohibicionistas que se manifiesta en el aumento del número de usuarios y en la extensión generalizada del consumo, conjuntamente con la criminalización de miles de jóvenes, por un lado y por el otro, el avance del VIH y luego, de las hepatitis B y C, con sus innumerables costos sanitarios, económicos, sociales, subjetivos, plantearon la necesidad de pensar una forma diferente de acercamiento al usuario. Así surgen otras prácticas llamadas de reducción de riesgos y daños.

El modelo de reducción de riesgos y daños es una política sanitaria y social de carácter

pragmático que se basa en el **principio de reducir las consecuencias negativas, ya sean sanitarias, jurídicas, sociales y subjetivas del uso de sustancias, para evitar daños mayores, sin excluir la abstinencia como una opción más.**

Este modelo, conocido también como **estrategia de objetivos intermedios**, intermedios a la abstinencia, se plantea paso a paso, para, gradualmente, reducir los riesgos sanitarios jurídicos y sociales acordes a las posibilidades subjetivas de cada usuario, sin dejar de considerar como opción posible el objetivo de un consumo regulado, moderado.

Los dispositivos preventivos-asistenciales son denominados de **umbral mínimo de exigencia**, pues no solicitan la abstinencia forzosa como condición de inicio o meta de un tratamiento. Plantean distintos caminos para reducir riesgos y daños, flexibles y acordes, como decía, a las posibilidades subjetivas de cada quien, situando a los usuarios como ciudadanos, sujetos de derecho.

El modelo de reducción de riesgos y daños: sus antecedentes

El primer antecedente en la práctica de reducción de riesgos y daños lo tenemos en Inglaterra. En 1926 se firma el Acta Rollerston que recomienda la reducción gradual de la cantidad de droga consumida como el mejor método de tratamiento. Sugiere la posibilidad de que las personas usuarias de opiáceos vayan regulando sus dosis hasta producir una disminución del consumo. Este comité autorizó la prescripción médica de opiáceos de una manera controlada, de la misma forma que suministraban otros preparados. Esto se conoció como el ‘Sistema británico de oferta y control de drogas’. Estas medidas fueron sostenidas durante un largo tiempo, previo a la Segunda Guerra Mundial. Entonces se produce un cambio en las políticas.

Sin embargo, esa tradición dejó sus marcas en los médicos ingleses y eso permitió que en Li-

verpool y sus alrededores se implemente desde 1985 un Programa de reducción de daños conocido como el Modelo de Merseyside. Este programa organizó su estrategia de reducción de riesgos y daños basada en: a) el intercambio de jeringas estériles por jeringas contaminadas, provistas por el programa para evitar la difusión de la epidemia de VIH-SIDA, y b) la creación de una clínica de drogadependencias para la prescripción y provisión de metadona como sustituto de la heroína. Este programa posibilitó que esta región mantenga la menor tasa de seropositividad VIH, en todo el Reino Unido.

Una cuestión interesante a destacar es que este Programa se inicia bajo el gobierno conservador de Margaret Thatcher (Primera Ministra inglesa, 1979-1990) a pesar de sostener un discurso de tolerancia cero contra las drogas, es bajo su administración que se desarrolla esta experiencia. En parte, esta decisión fue tomada porque los costos de la epidemia de VIH eran muy altos, tanto desde el punto de vista económico como político y social.

En Francia con ritmo de samba

El modo en que surge en el país galo esta estrategia para reducir los daños tiene una lógica muy distinta. En Francia, a mediados de los 80, se inicia una experiencia de intervención comunitaria en reducción de daños en el barrio La Gota de Oro.

Es un barrio muy particular en las afueras de París, que data de principios del siglo XIX, por cuyas calles transcurre la novela de Emilio Zola ‘El libro bilingüe’ y es allí que llega Lía Cavalcanti, psicóloga y socióloga brasileña, que trabajó durante más de diez años con niños y niñas en situación de calle en Río de Janeiro y que por las amenazas que por su tarea había recibido decidió emigrar a Francia y empieza a trabajar con esta problemática desde un centro de salud ubicado en el barrio mencionado, un lugar donde conviven etnias muy diferentes y conflictos intensos, aún hoy.



Esta primera articulación con el Centro de Salud permitió crear la Asociación Civil La Gota de Oro, que fue un lugar de intervención comunitaria muy interesante donde empezaron a trabajar con los usuarios de drogas haciéndolos partícipes de los problemas del barrio, lo que implicaba tener en un mismo lugar usuarios y narcotraficantes con las tensiones y los conflictos que esto generaba. Pero, a su vez, permitió trabajar colectivamente nociones sobre las que nosotros también hacemos hincapié: se trata de la deconstrucción de mitos, prejuicios y creencias sobre los usuarios de drogas para favorecer la apropiación de prácticas menos riesgosas para elevar su calidad de vida.

Situar a los usuarios de drogas como sujetos de derecho, teniendo en cuenta un eje central: la necesaria anudación del lazo social.

Recién en los inicios de los noventa, el Estado francés plantea una política pública en esa dirección. Fue una estrategia de reducción de riesgos construida de abajo hacia arriba. Por eso, las experiencias no son todas iguales. Justamente, lo que permiten estas estrategias es una flexibilidad, una variabilidad de acuerdo a los contextos socioculturales particulares.

Repetición e historia

Hay una historia que no se puede soslayar, nacional y regional. Las dictaduras, la ruptura de

los lazos, la hegemonía neoliberal en lo económico, pero también en lo político y cultural, la crisis de las identidades colectivas, han ido favoreciendo la configuración de escenarios que son locales pero también globales, que han precipitado a las sociedades al consumo indiscriminado de múltiples productos y, a su vez, a la declinación de las instituciones clásicas que regulaban los intercambios entre los individuos.

Esto propicia la ruptura del lazo social que empuja a la segregación, o sea a la homogeneización de los estilos de vida, que arroja a los sectores más vulnerados en derechos a situaciones de desafiliación social y autosegregación.

Esta situación complejizó aún más la cuestión e imposibilitó que algunas respuestas más tradicionales a estas problemáticas desde instituciones clásicas –familia, escuela, comunidad local– perdieran la eficacia aun restringida, que podían brindar, en algún otro momento histórico.

Es necesario resituar las coordenadas desde donde vamos a intervenir. Lo particular y lo singular adquieren una importancia que implica prestar atención a las relaciones de los sujetos con los modos en que se configuran los distintos tipos de consumos.

Hay que entender que los consumos problemáticos constituyen un recurso para la supresión tóxica del sufrimiento psíquico y que sin atender a este proceso de singularizar en cada sujeto la

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

función que cumple, no vamos a tener una perspectiva superadora para enfrentar los nuevos desafíos que plantea esta problemática.

A veces la supresión brusca del consumo deviene en una desestabilización.

Es necesario situar la ocurrencia de las “recaídas” en el consumo, producto de situaciones de intensa angustia que se enlazan a la singularidad de cada caso. Es frecuente observar que como efecto de estas “recaídas” emerge un sentimiento de culpa insoportable producto de la ferocidad superyoica que puede precipitar en un consumo de mayor envergadura,

Por eso, esos tratamientos diseñados por etapas terminan -la mayoría de las veces- fracasando. Los tratamientos que solo hacen eje en la desintoxicación, naufragan.

Estado, Gobierno y políticas públicas

Así, se plantea una necesidad de cambio en las políticas de Estado en materia de drogas, como efecto de los fracasos promovidos por la aplicación de la Ley 23.737/89.

Si bien por ahora han quedado en suspenso varios proyectos en el Congreso de la Nación, en general, la mayoría de los proyectos presentados –más allá de sus diferencias– tienen como horizonte la despenalización de la tenencia para consumo personal.

En paralelo a esto, el Gobierno Nacional ha sancionado la Ley 26657, la Ley de Salud Mental que, junto a la Ley 26.529 que habla sobre los derechos de los pacientes y la Ley 26.934 sancionada en abril de este año, que lleva como título: Plan Nacional para el abordaje de los Consumos Problemáticos, plantea la necesidad de implementar políticas integrales, sociales, sanitarias, educativas, etc. Pone de relieve la complejidad del tema, donde intervienen distintas disciplinas, actores heterogéneos y miradas diversas.

Del Ex Cenareso al Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones

La refundación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex Cenareso), constituye una fuerte interpelación al modelo anterior hospitalocéntrico y abstencionista. El ex Cenareso se constituye como autoridad de aplicación de la Ley de Salud Mental. Esta decisión política del Gobierno permitió un giro en la mirada en relación al campo de la salud mental y, en particular, de los consumos problemáticos.

Por un lado, desde la ley se incluye a los consumos problemáticos como parte de la temática de salud mental. Una definición no menor. Por el otro, se permite considerar los tratamientos personalizados a través del abordaje de modalidades diferentes: entre ellas, la comunitaria, considerando la internación como la última medida, cuando han fracasado las estrategias ambulatorias. O sea que la Ley de Salud Mental, a través de la inclusión de estrategias de riesgos y daños cuestiona los para-



digmas abstencionistas situando a los pacientes como sujetos de derecho en el marco de construcción de ciudadanía.

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR)

En el contexto actual, nuestro Gobierno Nacional se sitúa en un cambio de paradigma, una mirada diferencial en relación a la década de los noventa, la SEDRONAR ya no se organiza en torno al tema de la seguridad que pasa a la jurisdicción del Ministerio de Seguridad. Esta separación de la cuestión sanitaria de la represiva, constituye un avance muy interesante. Después, es muy poco el tiempo transcurrido como para realizar una evaluación más profunda sobre el funcionamiento actual de ese organismo.

Consumos y sectores sociales

Los consumos simples y los consumos problemáticos de sustancias recorren diversos sectores sociales. Pensar el consumo solamente en términos de un sector social determinado es un error. Las cuestiones diferenciales entre sectores sociales se juegan en las condiciones sociales de acceso a la salud, educación, vivienda, como en los tipos y calidades de sustancias consumidas cuya disponibilidad no es para todos los sectores por igual.

El Estado debe diseñar dispositivos y tratamientos que garanticen accesibilidad a los derechos a la salud y equidad a los usuarios de diferentes modos de consumo y tipos de sustancias psicoactivas tanto lícitas como ilícitas. Se localiza en la Ciudad de Buenos Aires la presencia de personas que consumen sustancias psicoactivas que están en situación de calle, que duermen a veces en paradores, o en hogares.

La visión, a veces demasiado arraigada, de que el usuario de drogas es una persona desocializada es bastante relativa. A menudo observamos

la presencia notoria de usuarios que se juntan en ranchadas en esta ciudad, que provienen de tratamientos que han fracasado, que no pudieron encontrar otras alternativas y están en situación de calle. Y el consumo de drogas es un aspecto de la problemática vinculado a desarraigos sociales, familiares, afectivos, sociales, ambientales, habitacionales, etc.

Se atienden en centros públicos de consumos problemáticos de la Ciudad, personas pertenecientes a los sectores medios y medio bajos, que tienen trabajo y niveles interesantes de inclusión. Ahí, es preciso desarrollar estrategias que apunten a problematizar la cuestión de los lazos.

El fracaso de las Campañas comunicacionales

En los comienzos de los noventa, circularon una serie de spots televisivos, algunos financiados por el Consejo Publicitario Argentino y otros, por la propia Sedronar de aquel tiempo, al estilo de Fleco y Male cuyos efectos impactaban más en los padres y aumentaban sus temores y paranoias, que sobre los jóvenes, a los cuales supestandamente intentaban llegar. Esta estrategia de generar terror, que constituía un componente importante de la comunicación, fue absolutamente ineficaz, pues no transfería la posibilidad de apropiarse de prácticas de la salud menos riesgosas.

Lo que nosotros propugnamos intenta generar otro modo de acercamiento a la temática, que apunta básicamente a reducir la alarma social y propiciar un acercamiento, un lazo confiable con el usuario que favorezca la apropiación de prácticas menos riesgosas.

Hay otros modos de comunicar: recuerdo por ejemplo una campaña de Consumos Cuidados producida por la Junta Nacional de Drogas del Uruguay. Esta campaña de reducción de riesgos estaba centrada en el consumo excesivo de alcohol y, desde un lenguaje coloquial, transmitía mediante apelaciones sencillas modos de apropiación de prácticas de cuidado de la salud, que

propiciaban la posibilidad de regular los consumos reduciendo riesgos.

Estas estrategias apelan a un registro más metafórico, coloquial, mediante un lenguaje sencillo dirigido a dar visibilidad a ciertas prácticas que conllevan riesgos para la persona, pero en clave de humor. Lo que sería interesante es realizar campañas que orienten a cómo actuar ante alguien que está intoxicado; ¿qué pasos hay que seguir ante una intoxicación aguda? ¿Qué es lo que se puede hacer, que no se reduce sólo a convocar al Same?

De todos modos, siempre hay que tener en claro que, por más sofisticada que sea la estrategia comunicacional, simultáneamente debe ser sostenida desde intervenciones comunitarias mediante un trabajo territorial en red con las comunidades locales, promoviendo la participación comunitaria. Si se quiere sostener el trabajo preventivo territorial en el tiempo, esto sólo es posible si se generan lazos sociales que anuden una trama de inclusión posible para la población usuaria de sustancias, en forma conjunta con las organizaciones sociales, la comunidad y las instituciones estatales.

Esto es fundamental si pretendemos que tanto esfuerzo compartido no se diluya.

Para concluir, el campo del consumo problemáticos de sustancias desde la perspectiva del psicoanálisis y de las estrategias de reducción de riesgos y daños interpela las prácticas asistenciales y preventivas tradicionales y hegemónicas, pues configura una ruptura epistemológica con la entidad autónoma adicción, al situar que el enigma del padecimiento subjetivo es singular.

Las políticas públicas en materia de drogas pueden avanzar aún más, a través de la centralidad protagónica del Estado Nacional, en las transformaciones necesarias que garanticen derechos y construcción de ciudadanía, desplazando al mercado y promoviendo los debates culturales imprescindibles para reducir la segregación ●

“
Las políticas
públicas en
materia de drogas
pueden avanzar
aún más, a través
de la centralidad
protagónica del
Estado Nacional”