

Presente y futuro de las políticas públicas sobre drogas

Un libro para pensar, debatir y
actuar ante los nuevos escenarios

www.convivir.org
BIBLIOTECA



FUNDACION CONVIVIR
EDUCACION · SALUD · CIUDADANIA



Juan Carlos Mansilla

Licenciado en Psicología. Subsecretario de Prevención de Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la provincia de Córdoba.

Claroscuros en la política pública nacional sobre el consumo de drogas

La época de Alfonsín

Fundación Convivir nace en 1985, durante la presidencia de Raúl Alfonsín, cuando se crea la Comisión Coordinadora para el Control del Narcotráfico y Abuso de Drogas, que avanzó hacia una perspectiva educativo-sanitaria sobre el tema del consumo de drogas, apartándose del enfoque de control social que caracterizó a la dictadura militar.

La Comisión trabajó sobre la prevención y modalidades de tratamiento, y en la construcción de una mirada no punitiva sobre la tenencia de drogas para uso personal, aunque sin modificar las leyes penales.

La nueva democracia se esforzaba en visibilizar al adicto como un ciudadano con derechos y con problemas sobre los que el Estado debía intervenir. Se venía de tiempos en que el estereotipo del consumidor era el del joven-adicto-subversivo.

Así, la visión alternativa que se desarrolló fue la del joven-adicto-desviado (o enfermo), a quien se debía tratar con estrategias de internación, para protegerlo de él mismo, ya que se lo definía como un "enfermo con características autodestructivas".

Por eso el interés de la década del '80 se centró en las respuestas asistenciales. La discusión era qué tipo de internación era mejor, si la de las instituciones psiquiátricas, o el modelo de comunidad terapéutica.

Los temas que la dictadura se encargó de invisibilizar salían a luz, y muchos endosaban a la democracia los "males" que ahora se podían ver. Un término que definió la cultura de aquel entonces fue el "destape".

En un reportaje del 8 de diciembre de 1987 a Silvia Alfonsín, una de las fundadoras de Fundación Convivir, el diario español El País decía: "Son muchos los que achacan la llegada de las libertades al país andino al surgimiento de la droga. Sin embargo Silvia Alfonsín explica que la democracia lo que ha hecho ha sido destapar la olla y resucitar los problemas".

Un aporte significativo de Fundación Convivir fue presentar en 1986 un proyecto en la UBA para la "Inserción de la temática de la drogadicción en el diseño curricular universitario", lo que ayudó a incorporar el tema de las adicciones en el ámbito académico desde una perspectiva psico-social.

El consumidor de drogas ha sido un sujeto estigmatizado en el sentido que se ha puesto sobre el/ella una mirada prejuiciosa y negativa. El enfoque de derechos implica una mirada en la cual el acto de consumo por sí mismo no invalida a la persona ni la encasilla en esas definiciones.

Caracterización de los 90

En julio de 1989 asume la presidencia Carlos Menem y se crea la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). Este organismo continúa vigente hasta el día de hoy marcando en buena medida la política pública nacional en materia de drogas.

A partir de aquí también se desarrollaron con fuerza las ONGs en adicciones, y las políticas públicas provinciales en este tema.

Hay cinco aspectos claves que facilitaron estos surgimientos, y le dieron el carácter que tuvieron en esta década:

[1] En 1988 se lleva adelante en Viena la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sico-trópicas, a la cual Argentina adhiere en 1992. La Convención reforzó la tendencia a la construcción de una respuesta punitiva y a una mirada jurídico-moral del consumo de sustancias.

[2] Se sancionó la ley 23.737 (Ley de drogas) que colocó al consumidor entre la definición de enfermo (a tratar médicamente o re-educar compulsivamente), o criminal merecedor de sanciones penales por su conducta respecto a las drogas. No dejaba más alternativas.

[3] Se inició un proceso de privatizaciones que implicaron un achicamiento de la calidad y cantidad de los servicios provistos por el Estado. Se tercerizó en ONGs la asistencia a adictos, y no se fortalecieron las respuestas construidas desde el Estado. Las ONGs apoyadas ofrecían casi con exclusividad el servicio de "granjas de rehabilitación", fortaleciendo el imaginario de que el consumidor debía ser apartado de la vida en sociedad para su cura.

[4] La Corte Suprema de Justicia, a través del fallo "Montalvo", ubicó nuevamente al consumidor como joven-adicto-delincuente, y difusor del vicio en la sociedad. En ese dictamen se leía, entre otras cosas, "no puede desconocerse que el adicto suele ser un medio de difusión del vicio... a quien no se le puede dar ventajas... el adicto busca a quien comparte sus experiencias.. y... se convierte en cómplice del tráfico".

[5] Comienza a observarse un fuerte desarrollo del narcotráfico en Argentina. El inicio del tráfico comenzó en la dictadura militar; la tolerancia al consumo apareció en el gobierno de Alfonsín; el ascenso del consumo de drogas y el avance estructural del narcotráfico vinieron con el menemismo; y su desarrolló, complejización y aparición de la venta al menudeo como problema central en nuestro país ocurrió durante el kirchnerismo.

Durante el año 1995 se dictó la ley 24.455, en donde se menciona en el Art 1 inc. b que las obras sociales "deberán dar cobertura para tratamientos médicos, psicológicos, y farmacológicos, de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes".

Esto permitió que cualquier centro de salud médico o psiquiátrico encuentre financiamiento para trabajar en adicciones.

Intentos de unificación

Ya en el nuevo siglo, con el período kirchnerista, se intentó unificar el disperso discurso de la política pública en adicciones en nuestro país. Estos intentos fueron tres:

1° intento (1996-2013) SEDRONAR-COFEDRO: Estrategia federal.

El Consejo Federal sobre Drogas fue una “institución interestadual creada para consensuar las políticas públicas”, en prevención y asistencia. Surgió en 1996 y funcionó hasta el año 2013, cuando SEDRONAR suspendió su convocatoria.

Si bien el COFEDRO comenzó en la época del secretario Aráoz, se desarrolló durante la gestión de Granero y de Bielsa. Durante esos años los encuentros entre provincias generaron un intercambio que las fortaleció. De hecho, en sus objetivos aparece explicitado lo de “fortalecer las áreas específicas de cada jurisdicción”.

SEDRONAR en ese tiempo entendía que su tarea era la “coordinación”, y asumía su papel rector en políticas públicas a nivel nacional implementando un Plan Federal de Prevención Integral de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas. El último plan fue elaborado con la participación de las provincias en el año 2012.

Cuando Rafael Bielsa dejó la SEDRONAR en marzo de 2013, la Secretaría quedó a cargo del subsecretario de Control de Sustancias Psicoactivas, Julio Postiglioni, quien convocó a una reunión del COFEDRO en Buenos Aires. Allí, SEDRONAR se comprometió a asignar fondos a los gobiernos provinciales, para la concreción de objetivos territoriales decididos por el acuerdo Nación-Provincias. Se cerró formalmente la reunión y firmó un acta.

La mirada reformista representa la opción a la prohibicionista. Entre otras cosas entiende que si bien los usos de drogas implican riesgos, no todos esos usos tienen las mismas consecuencias ni significados. No se reconoce al abstencionismo como la única alternativa de salud.

Sin embargo, tanto el Plan Federal como lo acordado en la última reunión del COFEDRO quedó en la nada al hacerse cargo de la SEDRONAR, a fines del 2013, el sacerdote Molina.

La estrategia de generar políticas públicas federales en este tema se suspendió en ese momento. COFEDRO nunca más fue convocado a pesar del compromiso a hacerlo.

2° intento (2010-2013) Salud mental y adicciones: Enfoque de "salud mental".

Este intento de articulación para el armado de una política pública sobre drogas partió de la creación, en el año 2010, de la Dirección de Salud Mental y Adicciones perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación.

Esta Dirección (DNSMyA) generó una indisimulable tensión con la SEDRONAR, pues sus objetivos resultaban similares en lo referido a la prevención y asistencia, y su discurso progresista descalificaba el enfoque conservador que para el año 2010 sostenía la SEDRONAR.

Esta Dirección reclamaba para sí funciones que la SEDRONAR reconocía como parte de su razón de ser. Por ejemplo, la presentación de la DNSMyA en su web define que busca "integrar las políticas de salud mental, y las de tratamiento de las adicciones en particular, en las políticas generales de salud... (promoviendo) la salud mental, así como la prevención de las adicciones".

Las ONGs eran aquí vistas con desconfianza, pues era el Estado quien debía responder ahora a la problemática del consumo y a la prevención desde las instituciones de salud mental.

En este marco, se solicitaba a las provincias que sus áreas destinadas a entender en consumo de drogas pertenecieran a salud mental de los Ministerios de Salud. Sin embargo, el tiempo, esfuerzo y dinero puestos en orientar y coordinar las acciones de este enfoque se interrumpieron abruptamente en el 2013.

3° intento (2013-2015) Comunidad y consumos problemáticos: Enfoque de "salud social".

Con la última gestión de la SEDRONAR, la Nación comenzó a caracterizar al consumo de drogas como un problema de "salud social" con la misma convicción que antes lo hacía cuando lo definía como de "salud mental".

Ahora las ONGs tradicionales, antes descalificadas por salud mental por responder al viejo paradigma, tuvieron lugar en el nuevo paradigma de la salud

social de la nueva SEDRONAR. A las provincias se les sugería ahora que sus áreas destinadas al consumo de drogas estuvieran en la esfera de los Ministerios de Desarrollo Social.

Se presentó un mapa para la apertura en todo el país de 60 Casas Educativo-Terapéuticas (CET) y 150 Centro de Prevención Locales de Adicciones (CEPLA), con una inversión de 1.993 millones de pesos. Sin embargo, esos programas y dispositivos de intervención territorial, bajarían desde la “sede central” de Buenos Aires a las provincias o municipios, sin relacionarse necesariamente con los organismos provinciales afectados a la misma temática, y que habían sido promovidos por Nación en la época en que se apostaba al COFEDRO.

Debido a ello se generaron, en varias provincias, políticas públicas en paralelo en una misma jurisdicción. El Plan Federal 2012-2017 fue de hecho reemplazado por el Programa Nacional de Abordaje Integral para la Prevención, Capacitación, y Asistencia de las Adicciones (Resolución 172/2014)

El cambio no fue menor. Supuso la centralización de la estrategia de intervención nacional desde las oficinas porteñas de la SEDRONAR.

La primera gran división en torno al fenómeno de las drogas debería ser la separación de los discursos e instituciones públicas que trabajan en lo que es el problema de la oferta y el problema de la demanda.

Componentes de política pública en adicciones

A la luz de lo relatado, plantearé algunos componentes que debería tener una política pública sobre consumos problemáticos de drogas en nuestro país.

1.- Enfoque de derechos.

El consumidor de drogas ha sido un sujeto estigmatizado en el sentido que se ha puesto sobre el/ella una mirada prejuiciosa y negativa. Este hecho contribuyó a entraparlo entre las definiciones de delincuente o de enfermo. El enfoque de derechos implica una mirada en la cual el acto de consumo por sí mismo no invalida a la persona ni la encasilla en esas definiciones. Se trata de desmontar la respuesta del castigo a la adicción, que ha sido la tendencia marcada por acuerdos internacionales y las leyes de drogas, comenzados a ser

cuestionados internacionalmente desde fines de la década del 90. A nivel nacional, este fue un enfoque propio de la nueva Ley de Salud Mental. En la SEDRONAR fue promovido por Bielsa y continuado por Molina.

2.- Enfoque reformista.

En relación a la política sobre drogas, la mirada reformista representa la opción a la prohibicionista. Entre otras cosas entiende que si bien los usos de drogas implican riesgos, no todos esos usos tienen las mismas consecuencias ni significados. No se reconoce al abstencionismo como la única alternativa de salud, y por lo tanto, las estrategias de acción en prevención, asistencia, y reducción de daños se amplían. La mirada prohibicionista había reaccionado ante las drogas de acuerdo a la categorización consensuada de drogas legales e ilegales, proponiendo acciones sobre las segundas. Esa era la matriz diferencial desde donde se construían las respuestas al problema. El reformismo entiende que el problema de las drogas abarca a todas ellas. En la SEDRONAR, el discurso de Bielsa en la apertura del COFEDRO 2012 responde a este enfoque de un nuevo paradigma.

3.- Separación de oferta y demanda.

La primera gran división en torno al fenómeno de las drogas debería ser la separación de los discursos e instituciones públicas que trabajan en lo que es el problema de la oferta y el problema de la demanda. En relación a la oferta, se debería propender a asumir un papel regulador de aquellas sustancias que han penetrado culturalmente en la sociedad y sobre las cuales la prohibición no ha tenido resultados satisfactorios, sino contraproducente por generación de daños asociados. La respuesta a la demanda de drogas debe articularse principalmente con los sectores de gobierno dedicados a la salud, la educación, el desarrollo social y el trabajo. Debe ser una política construida transversalmente a estas áreas temáticas, y también en coordinación con distintos niveles de gobierno.

4.- Universalidad de la política en consumos de drogas.

Las políticas sobre consumo de drogas deben ser universales, aunque luego se apliquen programas a poblaciones focalizadas. Ahora bien, toda política focalizada en consumos problemáticos debe incorporarse dentro de una política pública más amplia, que favorezca la inclusión social y la promoción de los derechos. Pero sería minimizar el problema entender que el consumo de drogas se resuelve solo con inclusión. O lo

que es lo mismo, decir que la exclusión social genera adicciones. Otra variable de la estigmatización, a fin de cuentas. Incluso hay interesantes estudios que advierten lo engañoso de establecer una relación lineal entre inclusión social y consumo de drogas.

5.- Visión federal.

Argentina es un país de diferentes idiosincrasias y expresiones culturales, debido a su historia y a su geografía. De ahí la importancia de consensuar planes federales en política pública en adicciones. Esto no significa que Nación deba renunciar a su papel rector en la determinación de lineamientos de principios generales propios de una Plan Federal, pero en su tratamiento y aplicación debe jerarquizarse la mirada aportada por los gobierno locales. Las provincias tienen sus propias áreas dedicadas a esta problemática. Muchas desarrollaron sus propios programas, sus dispositivos locales, contando con un plan de acción. Debería ser tarea de una política pública nacional el retomar esas experiencias, valorarlas, e integrarlas. Nación, provincias, municipios y sociedad civil son los actores principales del diseño de una política pública integral en el tema de los consumos problemáticos.

Las provincias tienen sus propias áreas dedicadas a esta problemática. Muchas desarrollaron sus propios programas, sus dispositivos locales, contando con un plan de acción. Debería ser tarea de una política pública nacional el retomar esas experiencias, valorarlas, e integrarlas.

6.- Enfoque de salud pública.

Si sobre algo se ha avanzado y existe amplio consenso en políticas públicas en adicciones es en que éste ha dejado hace tiempo de ser un problema de seguridad, para pasar a ser visto como un problema de salud pública. La salud pública es un enfoque que integra a la salud física, la salud mental y la salud social, haciendo referencia a acciones claves que competen al Estado en su búsqueda por el bienestar común en materia de salud integral. Su alcance es amplio, comprendiendo desde la promoción y prevención, la detección temprana y la atención primaria, para llegar a la rehabilitación, inclusión social, y reducción de daños.