

## políticas sociales

# **P**revenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención

Ibán de Rementería



NACIONES UNIDAS



División de Desarrollo Social

Santiago de Chile, septiembre de 2001



Este documento fue preparado por Ibán de Rementería, consultor de la División de Desarrollo Social, en el marco del proyecto conjunto CEPAL/CONACE sobre “Consensos básicos para la prevención en Chile: Protocolo de Acuerdo Intersectorial 2000-2001”.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1596-P

ISBN: 92-1-321900-8

ISSN: 1564-4162

Copyright © Naciones Unidas, septiembre de 2001. Todos los derechos reservados

Nº de venta: S.01.II.G.137

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N.Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Presentación</b> .....	7
<b>I. Las intervenciones en prevención del consumo de drogas</b> .....	9
A. Introducción al problema.....	9
B. La pregunta por la libertad .....	12
C. ¿Qué función de utilidad cumple la droga? .....	13
D. Vulnerabilidad y riesgo .....	13
E. La escalada .....	13
F. Qué es la prevención .....	14
G. Las intervenciones posibles.....	14
H. La especificidad de la prevención .....	15
I. Los actores de la prevención .....	15
<b>II. La gestión de la prevención al consumo de drogas: una mirada general con referencia al caso chileno</b> .....	17
A. Introducción.....	17
B. Drogas y sociedad.....	18
C. La investigación.....	19
D. La situación actual de la doctrina y la pragmática en prevención al consumo de drogas.....	20
E. Las estrategias de intervención.....	21
F. Las acciones.....	23
G. La ejecución de la prevención .....	26

<b>III. El diseño de políticas públicas y las tres partes de la prevención al consumo de drogas</b> .....	29
A. Las políticas públicas.....	29
B. Los componentes de la prevención al consumo de drogas .....	34
<b>Bibliografía</b> .....	41
<b>Anexo</b> .....	43
<b>Serie políticas sociales: números publicados</b> .....	57

## **Índice de cuadros**

Cuadro 1 Matriz de intervención en la prevención de drogas.....	35
---	----

## **Índice de recuadros**

Recuadro 1 Definiciones de prevención del consumo de drogas en literatura chilena reciente .....	11
--	----

---

## Resumen

---

El presente trabajo revisa exhaustivamente los diversos paradigmas que actualmente rigen las intervenciones de prevención del consumo de drogas. A partir de dicha revisión, muestra como de ellos se derivan implicancias muy diversas respecto de cómo focalizar, dónde intervenir, cómo entender el consumo de drogas y cómo encarar los riesgos y condicionantes específicos, así como los procesos y los efectos del consumo de drogas. Así, por ejemplo, el paradigma de la llamada "sociedad libre de drogas" privilegiará como prevención a las intervenciones *ex ante* el consumo, mientras el paradigma de la "reducción del daño" le dará mayor importancia a la intervenciones *ex post* al consumo de drogas. En cualquier caso, plantea el autor, dos criterios mínimos de política pública en general, que también deben regir en la política de drogas, son que los daños colaterales de las intervenciones sean menores que aquellos que se tratan de controlar; y que los gastos que se erogan sean menores que los costos provocados por las situaciones a controlar.

En este marco analítico el autor privilegia determinadas estrategias de intervención donde, a su juicio, deben focalizarse las acciones para optimizar su pertinencia e impacto. Afirma también que las acciones y criterios que deben normar la prevención tanto son la *alerta*, la *habilitación* y la *conversación* entre las partes en conflicto. Cada uno de estos componentes y momentos de la prevención es examinado desde la perspectiva de los resultados esperados, donde la alerta busca la abstención, la habilitación el autocontrol y la conversación la normalización. En el ámbito de intervención, la alerta se ubica en el ámbito de lo sanitario criminal y de la disponibilidad de la sustancia-droga; la habilitación en lo socio-sanitario y los factores

de riesgo en el medio ambiente; y la conversación en el contexto sociocultural y la voluntad del sujeto. Las intervenciones preventivas que se proponen para cada uno de estos tres momentos tienen por norma rectora y actividad principal: la prohibición y la comunicación en el caso de la alerta, la prescripción y la atención en el caso de la habilitación, y el pacto y el autocuidado en el caso de la conversación.

Finalmente se presenta un anexo en que el autor ha sistematizado extractos de acuerdos internacionales recientes (Naciones Unidas, CICAD, Cumbres Hemisféricas) relativos a la prevención del consumo o reducción de la demanda de drogas, y otro anexo que contiene un "Protocolo de Acuerdo Intersectorial 2000-2010", que define consensos básicos para la prevención en Chile (2000-2010) acordados por un equipo intersectorial de expertos en la materia, reunidos en seis sesiones y a lo largo de seis meses en la sede de la CEPAL, Chile, con la coordinación del autor del presente documento.

## Presentación

---

Lo que aquí se presenta son los principales insumos y productos de un seminario-taller que consistió en seis reuniones realizadas en el marco de un proyecto de cooperación técnica entre la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, y el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes del Gobierno de Chile, CONACE. Dicho proyecto y el consiguiente seminario-taller se realizaron entre septiembre de 1999 y marzo del 2000.<sup>1</sup> Las seis reuniones o sesiones fueron realizadas en la sede de CEPAL y en ellas participaron expertos de distintos estamentos del sector público consagrados a la prevención del consumo de drogas en Chile, tales como CONACE, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Asociación de Municipalidades, Municipalidad de Santiago, Carabineros de Chile, expertos de ONGs dedicadas al tema de las drogas, Servicio Nacional de Menores, Instituto Nacional de la Juventud, entre otros.

El objetivo principal de esta secuencia de reuniones fue construir una suerte de mapa conceptual de lo que se entiende por prevención del consumo de drogas, discutir los distintos paradigmas respectivos y los enfoques aplicados recientemente en Chile y a escala global, para finalmente consensuar una suerte de protocolo de prevención. Este protocolo, que se presenta como Anexo 2 de esta publicación, encarna consensos básicos del grupo de expertos que participaron de las reuniones referidas, sobre cómo entender, fundamentar y normar la prevención del consumo de drogas.

---

<sup>1</sup> Se trata del Proyecto "Consensos Básicos para la Prevención en Chile: Protocolo de Acuerdo Intersectorial 2000-2001".



En las reuniones del grupo de expertos se produjeron insumos, dirigieron debates, desgabararon dichos debates y se invitaron expertos tanto nacionales como internacionales para aportar ideas. "Para el desarrollo de las seis sesiones realizadas, tres de los principales insumos de discusión y reflexión fueron producidos por el coordinador del grupo, el experto Ibán de Rementería. Estos insumos versan sobre los paradigmas de la prevención del consumo de drogas, y los enfoques y las políticas predominantes de intervención en Chile y el mundo. Concluidas las sesiones y el conjunto del seminario-taller, estos insumos fueron luego revisados, re-elaborados y editados por el autor para componer con ellos un texto único desglosado en tres partes. Este texto es, precisamente, el que contiene la presente publicación.

Las seis sesiones de debate tuvieron una secuencia lógica que permitió avanzar en consensos sobre criterios básicos de prevención del consumo de drogas. La primera sesión tuvo por contenido los principales paradigmas para la intervención del problema del uso indebido y el consumo abusivo de las drogas, incluyendo: la sociedad libre de drogas y la reducción del daño; el modelo ambientalista; factores de riesgo y factores protectores. La segunda jornada del Seminario trató las principales doctrinas para la prevención del consumo de drogas, tal como encarnan en documentos de Naciones Unidas y CICAD-OEA. También se incluyeron los principios que materializan en los enfoques de promoción de la salud y prevención inespecífica. La tercera jornada del Proyecto abordó el diseño de las políticas y estrategias de prevención, y se trató la especificidad de las acciones de prevención: la alerta, la habilitación y la conversación.

Entre la tercera y cuarta jornadas del Seminario-Taller se realizó, en el marco del Proyecto, la Reunión Internacional "*Prevención del consumo de drogas: conceptos normativos y propuestas de buenas prácticas*", durante los días 25 y 26 de noviembre de 1999. En este evento internacional se contó con la presencia de seis expertos internacionales invitados, además de la participación de representantes de casi todos los Consejos Regionales para el Control de Estupefacientes de Chile, de la mayor parte de los Sistemas Comunales de Prevención de la Región Metropolitana, académicos y miembros de distintos sectores de gobierno comprometidos con la prevención del consumo de drogas y expertos de ONGs.

La cuarta jornada del Seminario-Taller tuvo por tema la ejecución de las acciones de prevención, segmentación de la población objetivo, focalización, y territorialización de la intervención en la escuela, el municipio y la empresa. La quinta y sexta jornadas del seminario-taller se ocuparon del debate final y síntesis general para la elaboración de un protocolo sobre prevención del uso y abuso de las drogas. El conjunto del material constituido por los insumos escritos, las transcripciones de las reuniones y las exposiciones fue, a su vez, la base sustantiva para que el grupo más reducido de trabajo pudiera ir elaborando borradores de Protocolo que luego fueron debatidos más ampliamente.

Martín Hopenhayn  
Oficial de Asuntos Sociales  
CEPAL

# I. Las intervenciones en prevención del consumo de drogas

---

## A. Introducción al problema

Si bien existe un consenso generalizado en torno a la prevención como la mejor estrategia para controlar el problema de las drogas, hay también múltiples y contradictorias interpretaciones, así como variadas y contrapuestas prácticas para su implementación, lo cual demanda urgentemente acordar conceptos de consenso mínimo y protocolos para prácticas coherentes con sus finalidades de prevención de la salud pública (Florenzano, 1994).<sup>2</sup> Esto sobre todo con el nuevo enfoque de fortalecer el control de la demanda y equilibrarlo con el control de la oferta, acordado en el vigésimo período extraordinario de sesiones la ONU y en la Segunda Cumbre de las Américas (ver Anexo 1).

La prevención puede entenderse como la identificación previsor y acción anticipada para evitar la aparición y difusión, minimizar los efectos, de un hecho social no deseable, sea cultural, sanitario o criminal. Nada más tomando el contexto chileno, variadas son las definiciones de prevención en los trabajos nacionales recientes (ver recuadro 1). La elaboración de procedimientos específicos para

---

<sup>2</sup> La dificultad para definir qué es la prevención está reconocida por los expertos, ya que “a pesar de la mucha atención reciente prestada a la prevención primaria de las farmacodependencias, se ha argumentado que éstas no pueden prevenirse en forma primaria dado que *no se conoce su etiología*.”

alcanzar tales fines exige precisar conceptos que fundamenten su utilidad en el diseño de prácticas de prevención al uso indebido y el consumo abusivo de drogas.<sup>3</sup>

Los dos grandes paradigmas para interpretar el asunto de las drogas difieren en sus estrategias de intervención ante el consumo. La propuesta por una sociedad libre de drogas privilegia la prevención del consumo o la reducción del riesgo, se propone una actuación *ex ante*, mientras que la propuesta de la reducción del daño se propone una actuación *ex post*. La primera reduce el problema al modelo infecto contagioso, donde de lo que se trata es de impedir que la población vulnerable o en condición de riesgo entre en contacto con ella o esté vacunada ante tal eventualidad. En cambio, la segunda propuesta que pone el problema en el campo cultural - conjunto de valores y símbolos que guían la conducta humana- reconoce la funcionalidad de las drogas en la sociedad y se propone intervenir sobre las consecuencias negativas de su abuso.

---

<sup>3</sup> Ver al respecto, en el Anexo 1, lo que se afirma en la Declaración de Principios del Vigésimo Período Extraordinario de Sesiones de las Naciones Unidas, 8-10 de junio de 1998.

**Recuadro 1**

**DEFINICIONES DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS  
EN LITERATURA CHILENA RECIENTE**

“Los expertos en prevención de la región (...) han coincidido que es necesario desarrollar un conjunto de procesos que promuevan el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad trabajando conjuntamente en dos líneas complementarias: *la satisfacción de necesidades básicas y la disminución de los factores de riesgo*” (Asociación Chilena de Municipalidades: *Manual: orientación para un programa comunal de prevención del uso indebido de drogas y alcohol*. Concepción, 1996. p.6.)

“La prevención implica una acción destinada a impedir o al menos disminuir la aparición de un problema. Es también un proceso mediante el cual el ser humano, individual o colectivamente, se interesa y adquiere en su formación las capacidades para anticipar problemas con respuestas creativas y ajustadas a la realidad.” “El fin de la prevención es la promoción del bienestar y el desarrollo humano procurando la potenciación de factores protectores de las personas y del entorno comunitario de éste”. (PIIE-MSGG: *Sistematización de experiencias comunitarias en prevención de drogas en las comunas de La Granja, Macul, Pudahuel y Huechuraba*. Santiago, 1996, p.6.)

“La prevención es un conjunto de procesos que promueve el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad, anticipándose a la aparición del problema o *trabajando con y desde el problema*, evitando la conducta de consumo, fortaleciendo factores protectores y disminuyendo los factores de riesgo”. (CONACE, Universidad de Chile, MSGG: *Sistema Comunal de Prevención de Drogas. Modelo Operativo*. Santiago de Chile, s/f., p.13.) “El propósito de esta red [social de prevención] es inhibir o disminuir el consumo y uso indebido de alcohol y otras drogas y las consecuencias asociadas a ese consumo, promoviendo el desarrollo integral de las personas, familias y comunidad”. (Ibid, p.19.)

“Prevención es la preparación, disposición y acción anticipada destinada a evitar un fenómeno patológico o *reducir al máximo sus consecuencias*”. (Proyecto PAM-Drogas Servicio de Salud, Iquique: *Taller de Prevención en el Uso Indebido de Alcohol y Drogas*: en CONACE: *Manual de Prevención de Drogas*, Santiago de Chile, 1995, p. 77).

Sin embargo, los expertos reconocen que: “Además, no se sabe si la corrección de cualquiera de esos factores de riesgo puede evitar la dependencia de las drogas”. Florenzano, Ramón: *Estado Actual de las Metodologías de Prevención del Consumo de Drogas*; en CONACE: *Análisis de las Acciones Preventivas en Relación a la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas*, Santiago de Chile, 1994, p. 73.

“Los mensajes deben focalizarse en la disponibilidad de soluciones más que en la gravedad del problema y deben sugerir incentivos en el proceso de cambio”. CONACE, Universidad de Chile, MSGG: *Sistema Comunal de Prevención de Drogas. Modelo Operativo*. Santiago de Chile, s/f., p.29.

El modelo sanitario de intervención, cuyo hijo natural es el modelo penal de control, tiene por fundamento dos concepciones que deben ser examinadas. Primero, la *etiologización* del consumo, que impide encontrar las causas reales del uso de las drogas al negar la voluntad humana en el hecho, usando como analogía la idea del vicio en la salud mental. Con ello se corre el riesgo de caer en una parodia de la propagación de una enfermedad infecto contagiosa. Este paradigma quiso sustraerse a toda responsabilidad respecto de la criminalización del consumo de drogas, declarando al usuario *enfermo y sujeto salvable por la ciencia médica*. Esto último, en el campo jurídico, generó una antinomia donde se exculpa de responsabilidad al demandante de la droga y se castiga con todo el peso del derecho penal al oferente de la misma.

Sólo las consecuencias del consumo abusivo de las drogas son un asunto sanitario, no sus causas que son esencialmente culturales. Aun en el caso de fuertes reacciones adversas a su uso, sean adictivas o alérgicas, fisiológicas o conductuales, las razones que impiden la abstinencia de su

uso o el consumo regulado son culturales. Es más, el modelo médico sólo puede dar cuenta de las consecuencias sanitarias del consumo abusivo, no de las sociales, culturales y criminales, que dependen del grado de solidaridad y de tolerancia en la especificidad de las conductas que cada sociedad concreta haya logrado alcanzar.

El segundo precepto del modelo sanitario que debe ser sometido a examen es su persistencia en entender el consumo de drogas como fuga, como huida a ninguna parte, como hedonismo irresponsable, como vicio, así como su renuencia a comprenderlo (o al menos a admitirlo) como respuesta de salud, como automedicación, como un auto cuidado en el campo de la salud mental. En los hechos la mayor parte de las drogas naturales y todos los psicofármacos tienen usos médicos. Tal es el sentido originario de la *euforia*, la capacidad de cargar algo, de soportar una situación, y tal es el sentido actual y pragmático del uso de las drogas.

En general, en el campo de la salud mental la etiología neurofisiológica y sus fundamentos bioquímicos no pueden ser desdeñados; pero reducir la conducta humana a sus bases biológicas es un error. Sólo la cultura puede rendir cuentas de las conductas y las actitudes humanas, más aun de sus "desviaciones patológicas". Ése, ni más ni menos, fue el descubrimiento de Freud, que interpreta la conducta humana y la posibilidad de su intervención en el conjunto de la cultura a la cual pertenecen los individuos.

La pregunta que debe hacerse en el asunto de las drogas no es *¿por qué se consumen drogas?*, ya que ella sólo puede ser respondida en el campo neurofisiológico por la farmacología, sino *¿para qué se consumen drogas?*. Sólo entonces podemos responder desde el campo de la cultura mediante la psicología y otras ciencias sociales como la antropología, la sociología y la economía, para así abrir el campo a las acciones jurídicas y de administración pública.

## **B. La pregunta por la libertad**

Cada época tiene su pregunta por la libertad. La actual, que es la de la globalización de la economía y la cultura, tiene las propias: *¿por qué la sociedad demanda tanta droga?*. De la cual se sigue esta otra: *¿por qué el Estado persiste en controlar su consumo, incluso haciendo uso de la violencia para impedirlo?*

Si bien el uso de las drogas es parte de todas las culturas humanas en su historia, el uso abusivo y masivo es un fenómeno moderno. Lo dos casos más relevantes han sido las "epidemias" del opio en China en el tránsito de los siglos XIX y XX y el consumo habitual de marihuana y heroína por más del 30% del contingente militar estadounidense destacado en Vietnam en la década de los setenta. El primero ha sido atribuido a los afanes del Imperio Británico por compensar su balanza comercial deficitaria entre la India y China, equilibrando sus importaciones de té desde este país con las exportaciones de opio desde su colonia. El caso de los soldados estadounidenses en Indochina ha sido relacionado con la desidia de las autoridades militares. En ambas explicaciones las razones de los usuarios no han sido consideradas. En todo caso, las vicisitudes políticas y socio-culturales de la incorporación de China a la modernidad concluyeron con la toma del poder por los comunistas en 1949 y también con las epidemias de drogas, mientras que el contingente militar estadounidense destacado en Vietnam dejó su excepcional adicción a las drogas con su desmovilización y retorno a casa.

Si el uso de las drogas es atribuido a la oferta, el modelo sanitario infecto- contagioso rinde cabal cuenta del problema, pareciendo tanto las medidas administrativas y penales para controlar el riesgo de la oferta, como las medidas profilácticas entre la población vulnerable para impedir la demanda, la forma adecuada de controlar el problema social. En cambio, si atribuimos el uso de las

drogas a la demanda, como a continuación se plantea, el modelo sanitario infecto-contagioso resulta incapaz de explicar el fenómeno.

La demanda por las drogas está irremediablemente atada al carácter "ansiógeno" de la sociedad actual. La función de utilidad de ellas es alcanzar en el estado de vigilia la supresión del sentir y el pensar: tal es su función "ansiolítica" (Gainza, Pérez, Sepúlveda, Abarca, Aravena y Espinoza: 1997). La ansiedad aflora como sentimiento (experiencia) del riesgo de la catástrofe personal, que es el producto de dos grandes pérdidas para el hombre contemporáneo: la pérdida política -la exclusión del poder- y la pérdida económica -la exclusión del tener-. Un estudioso de la individualización en la posmodernidad, Gilles Lipovetsky, dice:

"Por lo tanto el mundo de la libertad es un mundo "ansiógeno" y creo que eso no es algo que vaya a desaparecer. Este homo psicologicus [que suplanta al homo politicus] es un hombre que no tiene certezas y donde todo está en cuestionamiento.... Es que el sistema económico en el cual nosotros estamos, estalló. Hoy el mundo del mercado, de la competencia, se ha vuelto la ley mundial, es la ley de la competencia, el mejor gana y el más frágil pierde. Es un mundo complejo; en cambio antes, en el mundo tradicional, cualquiera podía tener un lugar. Si usted no era muy inteligente, no muy competitivo, tenía trabajos simples que hacer. Hoy ya no es posible eso, pues los trabajos sencillos los hacen las máquinas y el problema de la cesantía es muy "ansiógeno". Esto se traduce en un mundo en el cual hay un conjunto de individuos que ya no tienen lugar para estar" (Lipovetsky, 1998).

### **C. ¿Qué función de utilidad cumple la droga?**

El consumo de drogas siempre es visto como una fuga o una huida, como una "sacada de vuelta" química a los problemas de la vida cotidiana, incluido el dolor y el duelo ante la desgracia o la frustración. Tal concepción niega la función reparadora que tienen el descanso y el reposo en la vida psíquica humana. Tal es la función del sueño, la recreación, el entretenimiento o la vida contemplativa, también de los depresores del sistema nervioso central y, eventualmente, de los estimulantes del mismo. Esa es la función de utilidad de las drogas, esas son las necesidades que son capaces de satisfacer y por eso pueden competir eficientemente en el mercado.

### **D. Vulnerabilidad y riesgo**

La vulnerabilidad, definida como la baja capacidad de protegerse o asimilar una acción externa indeseable o peligrosa, es una característica atribuible a determinados grupos sociales o personas, incluso instituciones o regiones. El riesgo, en cambio, es un estado de cosas, emergente o permanente, que puede ser indeseable o perjudicial para un sujeto, comunidad o institución que no está habilitado para protegerse o asimilar su acción. Brevemente dicho, desde la perspectiva ambientalista frente a las drogas, la vulnerabilidad es una propiedad del *sujeto*, los riesgos son propios del *medio ambiente*, donde, además, se encuentra *la sustancia*.

### **E. La escalada**

Cualquier consumo de drogas, según su frecuencia y el potencial psicotrópico de la sustancia empleada, ha sido antecedido por usos en frecuencias menores y de sustancias con menor poder psicoactivo. Sin embargo, ello no asegura para la siguiente etapa de consumo una frecuencia mayor o una sustancia con mayor poder psicoactivo. Las estadísticas epidemiológicas indican lo contrario. La mayor parte de la población que ha usado drogas deja de hacerlo, la gran mayoría de quienes se

relacionan con las drogas hace un uso eventual de ellas y sólo una pequeña parte hace uso frecuente de las mismas. Otra importante conclusión pragmática indica que no es la mayor toxicidad sino la mayor capacidad de alteridad de la percepción y la conducta la que mayores "prevenciones" genera entre la población. Así, mientras mayor sea el poder psicotrópico de la sustancia, menor es la curiosidad por ella y el uso de la misma. Pero la toxicidad de las drogas no se muestra como un inhibidor de su consumo, por lo que sustancias como el alcohol y el tabaco son las más consumidas.<sup>4</sup>

## F. Qué es la prevención

La definición más genérica sobre prevención es el establecimiento de las medidas pertinentes para impedir que un hecho indeseado ocurra o compensar las consecuencias de su ocurrencia. Así, si la sobreexposición solar puede causar diversos grados de afección cutánea, son medidas preventivas la no exposición, la exposición controlada, las cremas y lociones protectoras, y el uso posterior de humectantes puede compensar los efectos; si las normas del tránsito tienen por principal función proteger a los usuarios del transporte de los accidentes, las consecuencias de éstos podrá ser atenuada por los parachoques, los cinturones de seguridad y/o los vidrios inastillables, mientras los seguros compensan los daños materiales y personales producidos. Y si bien los desastres naturales no se pueden prevenir, las consecuencias de su ocurrencia si son prevenibles.

La prevención de las drogas tiene dos modalidades de intervención: la prevención de la oferta mediante medidas legales administrativas y penales para impedir su provisión; y la prevención de la demanda, también con medidas legales administrativas y penales para impedir su adquisición y uso. Además, la prevención está concebida como un conjunto de intervenciones cuyo fin es persuadir a quienes no usan drogas de abstenerse de hacerlo y a quienes sí lo hacen a dejarlas. Cualquier uso de drogas es considerado incompatible con una buena salud y calificado de alto riesgo sanitario, social y criminal.

Sin embargo, dado que la voluntad humana parece voluble a los organizadores de la sociedad, para su mejor administración se ha venido desarrollando un saber y una pragmática destinada a intervenir aquellos factores del medio ambiente en el cual está puesto el sujeto y que, en el análisis de su correlación estadística, serían determinantes de la conducta humana. Si esos factores son positivos para el sujeto son considerados protectores, mientras que los perjudiciales serían factores de *riesgo*. Una situación de riesgo no es un estado de peligro sino sólo la proximidad o contingencia de un daño, que es la inminencia de su acontecer. Es el carácter situacional el que establece el valor protector o de riesgo de algo: una escollera puede ser un riesgo para un barco pero si queda entre él y las olas puede atenuar el impacto del agua.

## G. Las intervenciones posibles

La prevención al consumo de drogas como una intervención *ex ante* no parece posible ni entre la población vulnerable ni ante los factores de riesgo. Entre la población vulnerable las acciones educativas, entendidas como información y formación, no logran protegerla de diversas relaciones con las drogas. Sabido es que ni la información sobre los riesgos y peligros del consumo ni la habilitación actitudinal para rechazar su uso, ni aun las medidas para impedir la oferta previenen el uso indebido de drogas.

---

<sup>4</sup> Tal vez en el caso de la pasta base de cocaína los riesgos de daños operen, luego de un aprendizaje social, reduciendo el consumo. Así podría sugerirlo, aunque de manera muy ligera, la última encuesta nacional de consumo de drogas realizada en Chile en el año 2000, al comparar el consumo de pasta base con lo revelado en las encuestas análogas de 1996 y 1998.

Los factores de riesgo escapan a las capacidades de intervención del sistema público de salud mental. Aquellos relacionados con la pobreza económica, la marginalidad social y la exclusión cultural sobrepasan la capacidad de intervención de todos los sistemas institucionales encargados de su control, inclusive de quienes deben controlar la oferta. En términos cuantitativos hay una desproporción insalvable entre los factores de riesgo y los medios para impedir su influencia. En términos conceptuales, lo claro es que no se puede intervenir algo que no ha acontecido, pero la anteposición del mundo virtual al mundo real, la simulación de escenarios sociales, económicos y políticos es, hoy por hoy, "la ciencia", y aquí está el origen del fracaso de este tipo de políticas, estrategias y acciones. Brevemente dicho, si bien no es posible prevenir el "uso indebido" de drogas, sí es posible y además necesario prevenir el consumo abusivo de ellas.

Lo anterior no exime a las instituciones pertinentes de la necesidad y obligación de informar de manera veraz y completa a todo público (más aun a las poblaciones vulnerables y en situaciones de riesgo) sobre los riesgos del uso indebido de drogas y los peligros del consumo abusivo de las mismas. Está claro que el uso eventual de drogas, cualquiera sea su función de utilidad -sea curiosidad, diversión o uso terapéutico-, es un riesgo real para el uso frecuente o habitual de drogas. Por lo anterior, la detección y la intervención precoz es la primera medida preventiva recomendada. Pero la intervención por excelencia para prevenir el abuso de drogas es la capacidad institucional, pública o privada, de acogida y servicio a solicitud de los usuarios.

## **H. La especificidad de la prevención**

Existen modalidades inespecíficas y específicas de prevención ante los eventos indeseados. Las normas que rigen el tránsito son medida de prevención inespecífica; en cambio, el uso del cinturón de seguridad es una medida preventiva específica para evitar los golpes en caso de impacto. En salud, la dotación de agua potable para toda la población sería una medida inespecífica ante las epidemias infecto-contagiosas como el cólera; y serían medidas específicas la aplicación de una vacuna, la hidratación del afectado en peligro de muerte por deshidratación, y el aislamiento y tratamiento de la infección para prevenir la difusión de la epidemia.

En lo particular la prevención inespecífica busca promover la salud y los estilos de vida saludables, fomentando medidas nutricionales adecuadas, alertando ante la exposición a sustancias peligrosas para la salud, recomendando evitar las actividades arriesgadas y proponiendo actividades recreativas positivas para el estado físico y mental de sus ejecutantes.

Las medidas preventivas específicas promueven, facilitan, ejecutan y evalúan las medidas concretas de carácter profiláctico e higiénico destinadas a impedir la aparición y difusión de determinadas enfermedades infesto o infecto-contagiosas, o degenerativas en poblaciones definidas e individuos concretos. Incluyen la detección de los síntomas de cualquier alteración de la salud entre los individuos de una población, con el fin de derivarlos al sistema de atención competente para su evaluación, diagnóstico y tratamiento pertinente.

## **I. Los actores de la prevención**

Los principales actores de la prevención del consumo de drogas son las comunidades donde tal fenómeno está causando grandes impactos, distinguiendo allí dos principales contingentes: los sujetos pasivos de la provisión y consumo de drogas y los sujetos activos de tales actividades. El rol de los expertos y funcionarios encargados de gestionar la prevención del abuso de drogas es de mediadores sociales entre estos dos grandes grupos de intereses.



Los actores eminentes de la prevención son su población objetivo, de acuerdo con la consideración de la voluntad: sea de las personas vulnerables al uso de las drogas o en situación de riesgo a consumir, sea que se trate de usuarios actuales, todos deben considerarse como sujetos de la prevención, (definida ésta en programas y estrategias de amplia cobertura y permanencia en el tiempo) y no como objetos de actividades preventivas puntuales y esporádicas. No existe posibilidad alguna de concebir, diseñar, ejecutar, hacer seguimiento y evaluar políticas, programas y proyectos de prevención sin contar con la participación activa de los usuarios actuales de las drogas, cualquiera sea su relación con ellas.

En el caso de *los jóvenes* se debe utilizar todo su potencial para movilizarlos en actividades de acción social. Las acciones de protección al medio ambiente o de especies en peligro, la capacidad de simpatía, tolerancia y solidaridad con grupos étnicos o sociales segregados y discriminados (incluidos aquellos que usan o abusan de las drogas), pueden generar entre ellos grupos de pares y pertenencia con identidad definida dentro de los cuales, entre otras cosas, surge la necesidad colectiva de autonormar el uso de las drogas, incluso hasta la abstinencia.

## **II. La gestión de la prevención al consumo de drogas: una mirada general con referencia al caso chileno**

---

### **A. Introducción**

Después de siete años de aplicación de la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas de Chile, el siguiente epílogo de un texto del Ministerio de Salud es un buen referente para recoger reflexiones y hacer propuestas:

"Hasta hoy no existe grupo social alguno a lo largo de la historia que haya logrado la abolición del consumo de sustancias psicoactivas, aun cuando se castigue severamente esta conducta. Ningún programa de salud realista debiera intentar la abolición del consumo sino sólo su control dentro del marco aceptable para las circunstancias de vida de los usuarios. Frente a criterios diferentes de otros sectores también responsables de la vida social, cabe el intento de influir en ellos mediante el diálogo y la búsqueda de zonas de coincidencia. Hay urgencia por encontrar caminos que ayuden a definir metas más realistas y entonces a diseñar estrategias más eficaces" (Ministerio de Salud, 1996).

Metas realistas y estrategias eficaces son las urgencias planteadas a la administración de la prevención del consumo de drogas. Las tres fuentes y partes de la prevención han desarrollado

formas específicas de administración de las intervenciones en sus campos de acción. El *control* ha sido la modalidad específica de administrar *la alerta*, ya que ésta ha sido la cara preventiva de la represión a la provisión ilícita de drogas. La *asistencia* ha sido la manera de administrar *la habilitación*, dado que éste ha sido el aspecto preventivo de la medicalización en materia de drogas. Y la *gestión*, en tanto *acción conducente al logro de un deseo*, debiera ser la manera de administrar *la conversación* sobre las drogas, interlocución en la cual deben encontrarse los usuarios activos y los afectados pasivos de las sustancias psicoactivas en las comunidades locales, mediados por los agentes públicos que tienen competencia en la materia.

En el diseño, la implementación y ejecución de la gestión de la prevención deben participar activamente sus dos principales actores: los usuarios activos y los afectados pasivos de las comunidades. Asimismo, los agentes públicos deben involucrarse como mediadores políticos, por ser autoridades locales, y como mediadores técnicos en tanto especialistas y expertos que detentan saberes social y académicamente sancionados como doctrinas y paradigmas.

Sin embargo, el saber experto debe cumplir al menos con dos condiciones: reconocer la situación ante la cual está (en este caso una comunidad afectada por el consumo y la provisión de drogas), e interpretar los hechos que allí acontecen, lo que constituye la investigación.

## B. Drogas y sociedad

En una sociedad tan *"ansiógena"* (Lipovetsky, 1998) y saturada de drogas como la actual, el éxito de una política de control de drogas dependerá de la *capacidad de habilitación* que la prevención desarrolle entre la población vulnerable y en circunstancias de riesgo, así como de la *capacidad de acogida* de los usuarios problematizados que tenga su sistema de tratamiento y rehabilitación. La sociedad contemporánea es culturalmente ansiógena. En lo subjetivo, a causa de la frustración ante el consumo, la postergación de la autorealización y las dificultades de expresarse. En lo objetivo, a causa del desempleo, la deserción forzosa del sistema educativo, el colapso de los sistemas públicos de salud y previsión, la "discapacitación" para el mundo laboral del sistema educativo, y otros.

Esta sociedad está saturada de drogas porque el libre mercado responde con ansiolíticos, y los usuarios con usos ansiolíticos de los estimulantes<sup>5</sup>, a la demanda social que por ellos hace la cultura ansiógena. Tal es la función de utilidad de las drogas. "Aunque no parece existir pleno consenso acerca de las causas que llevan a un individuo a consumir drogas", es decir, no se sabe el *por qué*, "muchos expertos coinciden en reconocer que éstas juegan un rol *satisfactor de necesidades*, tanto básicas como materiales, espirituales, hedonísticas, de competitividad, de autorrealización, etc.", es decir, coinciden en el *para qué* (Ministerio de Salud, 1996).

Al mundo de las drogas lo constituyen dos aspectos que definen campos de acción, establecen las normas que rigen las acciones de los participantes y la circulación de las sustancias psicoactivas, y, por lo tanto, las posibilidades de intervención en ellos. Estos campos son el mercado y la violencia.

---

<sup>5</sup> En el mismo esquema del uso de *ritalín* (clorhidrato de metilfenidato) o café para tratar la hiperquinesia de los niños, o de tranquilizarse fumando un cigarrillo pese a que la nicotina es un estimulante.

## C. La investigación

### 1. El objeto de investigación social

La investigación social y sanitaria, teórica y práctica, clínica y simbólica, que indaga por el consumo y la demanda de drogas, no debe responder solamente al "por qué" del uso indebido y consumo abusivo de sustancias psicoactivas de manera empírica y determinista; sino que debe necesaria y principalmente responder al "para qué" se usan las drogas y, además, "cómo" se usan éstas. Dicho de otro modo, lo que debe ser discernido para proyectar cualquier intervención justa y eficaz es el objetivo individual y social del uso de las drogas y las maneras de hacerlo. El restringirse al "por qué" de una conducta sólo alude a una relación causal *no controlada* por el actor, a una reacción natural o patológica a un medio o un hecho, vale decir, una respuesta sin significado para el hechor. En cambio el "para qué" responde a una relación causal *controlada* por el actor; es una reacción social, una respuesta consciente, en fin, una manera de resolver un problema o una situación adversa que tiene significado tanto para el sujeto como para su entorno. Brevemente dicho, el problema del consumo de drogas no es un asunto etiológico sino que *pragmático*; no se trata de saber qué causa el consumo, sino qué resuelve. Sólo aclarando el para qué y el cómo del uso de las drogas se podrá explicar la utilidad de su control y las posibles modalidades pertinentes y relevantes de prevención, tratamiento y rehabilitación.

La funcionalidad de las drogas como satisfactor de necesidades es reconocida por los expertos y recogida así por un autor:

“Una de las explicaciones posibles es la del ‘stress social’, o tensión generada por la actual vida en sociedad: la exigencia sobre la productividad individual, la competitividad, la cada vez mayor necesidad de capacitarse para acceder al trabajo, la soledad de las personas en una sociedad centrada en la producción y el consumo. Esto sobrepasaría la capacidad de adaptación de muchos integrantes del grupo social, generando angustia y conductas autodestructivas y de escape. La droga resulta funcional a ambas conductas” (Fuentealba, 1994).

### 2. La representación social

El tema de las drogas en la comunidad es una gran representación social del conjunto de los conflictos en ella latentes pero no explicitados, e incluso puede hacer estallar esos conflictos. Así, tenemos que los conflictos de género se expresan como una confrontación entre los hombres, que son mayoritariamente los sujetos activos del consumo de drogas, y las mujeres, que son mayoritariamente los sujetos pasivos de sus consecuencias. En los conflictos generacionales entre jóvenes y adultos, los primeros son visualizados como usuarios de drogas en la calle frente a los adultos, quienes consumen privadamente en sus hogares, lugares de trabajo o de diversión, sean drogas lícitas o ilícitas. Los conflictos entre los adultos y la tercera edad se manifiestan en el estigma de "los viejitos borrachos". El conflicto entre los asentados tradicionales y los afuerinos o allegados a la comunidad o barrio se expresa como "la droga que vino de afuera". El conflicto entre desempleados o trabajadores eventuales y trabajadores estables tiene su correlato en una cierta "jerarquía" de las drogas: el uso de la pasta por los pobres, de la marihuana por los integrados y de la cocaína por los enriquecidos por ingresos ilícitos. Los conflictos étnicos le asignan a la población aborigen, local o inmigrante, la "borrachera" como conducta habitual, y el uso de la hoja de coca y la pasta de cocaína se atribuye a la cultura de los "cholos".

El extremo del conflicto entre marginalidad e integración en una comunidad, dinamizado por la presencia de las drogas, está perfectamente representado en el contraste de imágenes, actitudes y conductas entre el joven "pastabasero" de la esquina, desertor escolar y desempleado "machetero", ante la ama de casa del barrio, esposa y madre, impecable agente y gestora de las condiciones de

reproducción, cuidado y satisfacción del marido y los hijos. La mayor parte de los conflictos barriales se dan entre estos dos actores extremos de la representación. Ambos actores extremos del drama se encuentran en los roles de madre solícita e hijo victimizado.

## **D. La situación actual de la doctrina y la pragmática en prevención al consumo de drogas**

Como ya se ha dicho, la dificultad para definir la prevención a la dependencia de las drogas está reconocida por los expertos ya que "éstas no pueden prevenirse en forma primaria dado que no se conoce su etiología". Además, algunos expertos han cuestionado la asunción acrítica del modelo infecto-contagioso para interpretar y diseñar las intervenciones ante el consumo abusivo de drogas, aquí llamada "enfermedad crónica". Un autor afirma que:

"Un enfoque infeccioso de la enfermedad en la prevención primaria de las enfermedades crónicas ignora alguna de las características de éstas, tales como el hecho de que no se distribuyen uniformemente en la población. Cada persona no comparte el mismo riesgo de desarrollar una enfermedad crónica (...) Una segunda característica de las enfermedades crónicas es su origen múltiple. Esto es, las causas de las enfermedades crónicas incluyen típicamente una variedad de componentes: genéticos, ambientales, socioculturales y conductuales" (Florenzano, 1994).

Se ha dicho también que "la prevención es un conjunto de procesos que promueve el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad, anticipándose a la aparición del problema o trabajando con y desde el problema, evitando la conducta de consumo, fortaleciendo factores protectores y disminuyendo los factores de riesgo" (CONACE, s/f.). Es cierto que la prevención debe concebirse "trabajando con y desde el problema", pero también es necesario y urgente definir en que consiste ésta. En cuanto al objetivo, también se ha dicho que "el propósito de esta red [social de prevención] es inhibir o disminuir el consumo y uso indebido de alcohol y otras drogas y las consecuencias asociadas a ese consumo, promoviendo el desarrollo integral de las personas, familias y comunidad" (CONACE, s/f.).

Es realista proponerse al menos disminuir el consumo del conjunto de las sustancias psicoactivas y las malas consecuencias de su uso indebido; pero es una grave carencia operativa no decir cómo hacerlo, o remitirlo a lejanos objetivos como el "desarrollo integral de la persona". En este sentido es fructífera la siguiente definición: "prevención es la preparación, disposición y acción anticipada destinada a evitar un fenómeno patológico o *reducir al máximo sus consecuencias*" (Proyecto PAM-Drogas Servicio de Salud Iquique, 1995).

En la prevención de drogas, tratar de minimizar los riesgos en lugar de pretender suprimirlos es la lección, desgraciadamente tardía, que debemos recoger de las experiencias y prácticas exitosas de control al SIDA. La credibilidad de una propuesta está en su viabilidad de ser asumida como solución por el usuario, y por eso es que "el mensaje debe focalizarse en la disponibilidad de soluciones más que en la gravedad del problema y debe sugerir incentivos en el proceso de cambio" (CONACE, s/f.).

La prevención bien puede ser *habilitar* para manejar la relación con las drogas: habilitar para la abstinencia a quienes reconocen su dificultad para controlar el consumo de drogas; y habilitar para el uso socialmente controlado, tal como en nuestra cultura somos habilitados en el consumo del tabaco, luego del esfuerzo laboral u otro, para acompañar o inducir el descanso o la reflexión; y como también somos habilitados en el uso del alcohol para acompañar las comidas y distender las relaciones interpersonales en los eventos sociales.

En un mundo tan ansiógeno como el actual, donde imperan las sustancias psicoactivas como respuesta, la prevención, sin dejar de *alertar* sobre los peligros de las drogas, debe *habilitar* frente a todas esas sustancias, sea el alcohol, el tabaco o los psicofármacos, sea la marihuana, la cocaína o los opiáceos.

El sistema institucional de prevención al consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas debe ser capaz de *otorgar competencia* y habilidades a la población en situaciones de riesgo o que es vulnerable a su consumo indebido y abusivo. A su vez, dicha población debe *asumir su competencia* para relacionarse con las drogas, ya sea evitando su consumo o reduciendo los riesgos de su uso indebido y mitigar el daño de su abuso. Lo anterior presupone como condición necesaria un sistema institucional de educación, salud, comunicación y cultura, que, administrado central, regional o municipalmente, tenga objetivos y contenidos de prevención específica que apunten a ejecutar acciones pertinentes, y a la vez coherentes con los intereses tanto de sus transmisores como de la población a la cual están dirigidos.

## E. Las estrategias de intervención

Entendemos la estrategia como una manera de conducir las acciones, organizar los medios y proveer los recursos para alcanzar una finalidad. En el caso de las drogas, la estrategia que organiza las acciones ya ha sido definida en lo general: "En el país se han desarrollado esfuerzos y acumulado experiencias en la materia (...) que es necesario hacer converger en una acción concertada, sistemática, integral, coherente y de largo plazo, donde confluyan los esfuerzos, especialmente dirigidos a las poblaciones de más alto riesgo" (CONACE, 1993). Además, en el tercer punto de las Políticas Generales se propone: "Contribuir a la prevención del consumo, evaluando las tendencias del uso y promoviendo el desarrollo preventivo, *especialmente dirigidos a los sectores de más alto riesgo*" (CONACE, 1993). Esas afirmaciones manifiestan la necesidad y urgencia de dos medidas a tomar: *focalizar* las acciones sobre poblaciones determinadas y *optimizar* el impacto con acciones específicas.

Respecto de la *focalización de las acciones*, se proponen tres focalizaciones para que las acciones sean más pertinentes a las metas del objetivo general: i) focalizar la prevención en la población vulnerable y en las situaciones de riesgo y no en la opinión pública; ii) focalizar el control al tráfico ilícito en el crimen organizado y no en el pequeño delito común, menos aún en los consumidores; y iii) focalizar el tratamiento en la población vulnerable con problemas y no en los usuarios sin problemas.

Respecto de la *optimización del impacto*, si bien existe consenso en cuanto a los factores de riesgo que amenazan o afectan gravemente la calidad de vida de las poblaciones vulnerables y en riesgo, también es cierto que aquellos factores dependen de circunstancias macro económicas, sociales y culturales que una política de drogas no puede pretender controlar o revertir. Por lo tanto, para optimizar el impacto y la relevancia de las acciones públicas y privadas -ONGs, empresas, consultoras-, es *necesario minimizar el impacto* de las drogas en las comunidades afectadas, con acciones de prevención y tratamiento que habiliten a la población vulnerable o en riesgo y acojan a la población afectada. Además, es necesario encauzar las acciones tanto en la prevención, como en el control y tratamiento frente a aquellas drogas que más daño están causando en la población: el alcohol destilado y el sulfato de cocaína o pasta básica, para el caso chileno.

### 1. La segmentación de la población objetivo

La focalización se logra por medio de una adecuada segmentación de la población objetivo. Así, para comunicarse con los beneficiarios, los "conocimientos, actitudes y prácticas sociales del público objetivo son factores claves a considerar en la producción de los mensajes (...) los mensajes

deben ser específicos para cada público, considerando las necesidades y percepciones de cada grupo, en particular al que está dirigido" (CONACE, s/f.).

La optimización del impacto se logra con el uso adecuado, suficiente y oportuno de recursos apropiados para cada caso. Así, en términos generales, con la población vulnerable o en riesgo sería necesario diseñar y ejecutar una campaña de prevención primaria; con la población vulnerable ya afectada una campaña de prevención secundaria, consistente en atención primaria en salud, consejería familiar y ayuda social; en tanto que, con la población drogodependiente gravemente afectada, es necesario una acción de prevención terciaria consistente en tratamientos de desintoxicación, tratamiento de secuelas, sustitución de sustancia, internamiento, y otros.

El primer criterio de segmentación es distinguir entre aquellos usuarios que no tienen problemas con las drogas que utilizan, ya sea que hagan uso ocasional, eventual o crónico, de aquellos usuarios eventuales y crónicos que sí tienen problemas sanitarios, familiares y sociales a causa del consumo abusivo de drogas. A los primeros se les debe informar verazmente de los riesgos que asumen con sus prácticas de consumo, de cómo identificar los síntomas de la dependencia y a quién recurrir en tal caso. En cambio, los drogodependientes deben ser acogidos por un sistema de salud especializado, que en su convocatoria al menos cumpla dos condiciones: primero, no estigmatizar a quienes utilizan sus servicios y, segundo, no condicionar los tratamientos a la abstinencia de la droga.

## **2. La elección de las sustancias**

Para el caso de Chile, los indicadores epidemiológicos y clínicos señalan que las sustancias que más afectan cuantitativa y cualitativamente a la población más vulnerable y de mayor riesgo, es decir, a los jóvenes pobres, desempleados y desertores forzosos del sistema escolar, son el alcohol destilado y la base de cocaína fumable. La preferencia para prevenir el consumo y tratar a los usuarios abusivos de esas sustancias no significa cambiar las consideraciones y medidas para controlar el uso indebido y el consumo abusivo de las otras sustancias psicotrópicas, sino reconocer la necesidad de priorizar aquellas donde es mayor el carácter deletéreo entre la población más vulnerable.

## **3. Reglas para la estrategia de prevención**

Para terminar con la concepción estratégica de la prevención es bueno recoger de otras experiencias las reglas básicas de su construcción (Milanese y Mero, 1999):

La prevención y la rehabilitación son las dos caras de una misma moneda.

La prevención es local o no es prevención.

La prevención es sobre sistemas y sus intersecciones. La intervención no es sólo sobre los grupos segmentados sino que sobre los conflictos que hay entre ellos.

La prevención es sobre la situación crítica.

La prevención no tiene por finalidad específica la desaparición de la situación crítica.

La prevención se da en lo cotidiano.

La prevención no es información.

La prevención presupone competencias predictivas y manipulativas.

La prevención presupone un sistema adecuado de conocimientos e hipótesis.

La prevención es siempre y únicamente una estrategia evaluable.

## F. Las acciones

### 1. La prevención del consumo indebido

La actual política de control de drogas de Chile pone el acento en reprimir la oferta y desincentivar la demanda por medio de la publicidad, la educación y la atención sanitaria, así como reprimiendo penalmente el consumo público y el privado concertado. También hay políticas que, para controlar la demanda a partir de los factores causales del consumo, se proponen intervenirlos como factores de riesgo. Sin embargo, la vastedad y complejidad de los factores de riesgo al uso de drogas, así como de los factores protectores que acompañan la vida de las personas, familias y comunidades, hacen ilusoria la pretensión de influir significativamente sobre ellos. "Además, no se sabe si la corrección de cualquiera de esos factores de riesgo puede evitar la dependencia de las drogas" (Florenzano, 1994).

Pretender que el ocio sea un factor de riesgo para el uso de drogas, y que se resuelve por medio de las actividades deportivas o culturales, como formas sanas del empleo del tiempo libre, es cuanto menos ingenuo, no reposa en ningún fundamento o investigación científica seria y desconoce el ocio como una necesidad humana de reposo y creación. Por otra parte, suponer que el ejercicio de los deportes, las actividades culturales u otras actividades lúdicas, socio-recreativas o de caridad -incluidas las campañas de prevención al consumo de drogas- son una buena distracción para las devastadoras consecuencias personales, familiares, comunales y sociales del desempleo, y que así se previene el consumo de drogas y la delincuencia, puede ser un error peligroso. No olvidemos que en Chile el desempleo entre los menores de 25 años duplica la media nacional, triplicándola entre los menores de 20.

En esta situación tan compleja y desoladora, ¿qué puede ser prevenir el consumo de drogas? Bien puede ser informar verazmente y sin terrorismo sobre las consecuencias de su uso, dependencia y abuso. La falta de credibilidad de la información sobre drogas para los usuarios, y su escasa utilidad para responder a su necesidad y presencia, lleva a afirmar que "diversos estudios han demostrado que la entrega de información no tiene efecto en el consumo de drogas por parte de los jóvenes" (Fuentealba, 1994). Está claro que en prevención al uso de drogas sólo tenemos preguntas.

La cuestión-drogas puede ser un fructífero tema de debate público sobre la tolerancia cultural, la solidaridad social y la democracia política para resolver los problemas de marginación social, siempre y cuando se reconozca que existen otros paradigmas y doctrinas que proponen prácticas que se están ejecutando, con mejores resultados que aquellas propiciadas por los sectores más tradicionales y maximalistas. El debate sobre drogas es un bien público, y se reclama con urgencia un primer debate sobre qué debe ser la prevención al consumo de drogas.

#### a) Los conceptos y sus prácticas

La prevención puede entenderse como la identificación previsoramente y acción anticipada para evitar la aparición y difusión, o minimizar los efectos, de un hecho social no deseable, ya sea cultural, sanitario o criminal<sup>6</sup>. La elaboración de procedimientos específicos para alcanzar tales fines exige precisar conceptos que los fundamenten y prácticas que las viabilicen. Aquí se

---

<sup>6</sup> En la Declaración de Principios del Vigésimo Período Extraordinario de sesiones de las Naciones Unidas (8-10 junio 1998, ver Anexo) sobre el problema internacional de las drogas se señala que: "10. Los programas de reducción de la demanda deberán abarcar todos los aspectos de la prevención, desde la tarea de desalentar el consumo inicial hasta la de reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas."



proponen tres nociones centrales como conceptos para servir al diseño de prácticas de prevención al uso indebido y el consumo abusivo de drogas:<sup>7</sup>

i) La *alerta*, que debe: i) informar verazmente sobre las causas y consecuencias del consumo de drogas, sobre todo abordando el *para qué* del uso de drogas, vale decir, el campo subjetivo del consumo; y ii) advertir y evitar el pánico entre la población de riesgo y el entorno de la población vulnerable. La alerta como procedimiento preventivo se desarrollaría principalmente en los medios de comunicación.

ii) La *habilitación*, que debe: i) habilitar para que el usuario incapaz de manejar su relación con las drogas reconozca la necesidad de abstinencia y pueda generarse la capacidad y libertad para hacerlo; ii) habilitar para que el usuario indispuesto a dejar de consumir drogas, pueda hacerlo en las formas que minimizan los riesgos que dicho consumo pueda ocasionarle a su persona y a terceros; iii) habilitar para que el usuario reconozca con la menor dilación posible cuando ha devenido en drogodependiente y, por tanto, recurra oportunamente a tratamiento y rehabilitación; y iv) habilitar al entorno inmediato -familia, amigos, vecinos- para que puedan prestar apoyo o contención al drogodependiente o consumidor que puede provocar daño personal y/o a terceros. La habilitación como actividad preventiva de enseñanza y aprendizaje se desarrollaría principalmente en las instituciones educativas y de salud.

iii) La *conversación*<sup>8</sup>: aquí se trata de pasar de la infantilización de la ciudadanía sobre el tema de las drogas al diálogo con ella, sobre todo para la ubicación de las causas del consumo en el contexto macro económico, social y cultural, y discernir el *por qué* del uso de las drogas. La conversación como actividad preventiva pública se desarrollaría preferentemente en la academia y sobre todo en las instancias sociales y culturales comunales y municipales, como espacio de encuentro e intercambio de experiencias y opiniones, teniendo siempre como principales actores tanto a las comunidades en situaciones de riesgo o afectadas por el consumo de drogas, como a los expertos en prevención, con la presencia de los académicos, la prensa y tomadores de decisiones<sup>9</sup>. Las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS), promovidas por el Ministerio de Educación y Cultura de Chile, son un buen antecedente del desarrollo de la conversación entre los sujetos activos de la afectividad y sexualidad juvenil, o sea los jóvenes, y los sujetos pasivos de esas actitudes y prácticas, que son sus padres, mediados por promotores de la institución educativa. Así como las JOCAS no pueden apuntar a la abstinencia sexual de los jóvenes, las conversaciones sobre drogas tampoco pueden proponerse la abstinencia de ellas como finalidad. Al igual que las actitudes afectivas y las prácticas sexuales, el uso de las drogas es uno de los componentes, entre otros, de la cultura juvenil actual. La mediación entre los sujetos activos y pasivos del uso de las drogas pueden ser los agentes públicos, tales como el servicio de salud o educación, el municipio, o cualquier institución social, privada o internacional que se proponga tal tarea de buena voluntad.

---

<sup>7</sup> Asimismo en la Declaración se agrega que: "13. Los programas de reducción de la demanda deberán estar concebidos de modo que respondan a las necesidades de la población en general, así como a las de determinados grupos de población, prestando especial atención a la juventud. Dichos programas deberán ser eficaces, pertinentes y accesibles a los grupos más expuestos a este riesgo, teniendo en cuenta las diferencias de género, cultura y educación".

<sup>8</sup> Esta idea de la conversación sobre drogas con la sociedad civil como parte de una estrategia de prevención específica es de Martín Hopenhayn. Además ha sido expuesta por la máxima autoridad del Gobierno de Francia en drogas, la presidenta de la Misión Interministerial de Lucha contra la Droga y la Toxicomanía (MILDT), señora Nicole Maestracci, en noviembre del año 1998. La señora Maestracci afirma que la abstinencia total no puede ser el único objetivo de la lucha antidroga, ya que una tercera parte de los jóvenes las han consumido. Según ella, el esfuerzo debe apuntar a evitar el paso del consumo ocasional al abuso.

<sup>9</sup> En la Declaración también se indica que: "15. La información que se utilice en los programas educativos y de prevención deberá ser clara, científicamente exacta y fiable, culturalmente válida, oportuna, y de ser posible, previamente ensayada en alguna población destinataria. Deberá hacerse todo lo posible para asegurar su credibilidad, evitar el sensacionalismo, promover la confianza e incrementar la eficacia".

## **b) La Metodología**

La orientación metodológica de estos procedimientos de acción en prevención, independiente de la utilización de medios electrónicos para acumular, procesar y comunicar información, debieran guiarse más por los métodos de las ciencias sociales que por los de las disciplinas sanitario normativas. Esto, en el entendido de que las informaciones básicas siempre serán aportadas por las investigaciones epidemiológicas y clínicas sobre el consumo de drogas y sus efectos, pero que, en su elaboración, se contará con los aportes de los métodos cualitativos de la etnografía, la semiología, las ciencias de la comunicación y en general de las ciencias humanas, sociales y del derecho.

## **c) Los resultados**

Los resultados de este desarrollo deben responder a dos urgencias de la prevención del consumo de drogas: *especificidad y focalización*. La prevención no puede seguir siendo un conjunto de normas y acciones inespecíficas que promueven una vida sana y conductas saludables, sino medidas específicas que minimicen tanto el riesgo como el daño producido por el consumo de drogas. Además, debe escoger diversas poblaciones objetivo que estén en riesgo de consumir drogas y que eventualmente sean vulnerables al abuso de ellas.

## **2. El control de la oferta y la represión del tráfico ilícito**

Dado que puede considerarse que la oferta de drogas es el principal factor de riesgo para su consumo, la represión al tráfico ilícito puede ser la primera medida preventiva. Sin embargo, los criterios de focalización del objeto y optimización del impacto exigen precisiones urgentes, ya que hablamos del tipo de control más desarrollado y que más ha afectado a la sociedad y las personas.

El incremento de la acción frente al tráfico ilícito debe ser cualitativo y no cuantitativo, ya que la pretensión de llevar ante los tribunales a todos quienes infrinjan la ley de drogas tiene un pobre resultado efectivo. Tanto más cuanto que la ley vigente en Chile prescribe castigar cualquier relación posible con las drogas, con la excepción exclusiva del consumo privado individual. Así, mientras que para el conjunto de los delitos graves –homicidio, violación, robo y hurto- el 20% de los detenidos cumple una pena de prisión, por drogas sólo el 8% va a la cárcel, y entre los menores de 19 años menos del 1%.

Las reformas penales son urgentes, y el poder judicial ha manifestado, de manera oficial, su preocupación por las dificultades y distorsiones que está causando la aplicación de la ley 19.366 de control de drogas en el país. El debate sobre el aumento de la criminalidad común y sus efectos sobre la seguridad ciudadana permite plantear la necesidad de diseñar una política criminal que privilegie la protección a bienes jurídicos específicos y prioritarios, tales como la vida, la integridad personal, la libertad y la propiedad, con relación a otros bienes más difusos como la salud pública, afectada por la provisión de drogas, o las buenas costumbres por la prostitución y la pornografía. Esta definición de prioridades es crucial para una adecuada asignación de recursos públicos.

## **3. El tratamiento y la rehabilitación**

La búsqueda de otras experiencias en el tratamiento de la drogodependencia está claramente establecida en el Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas de Chile, donde en el preámbulo al Plan General de Tratamiento y Rehabilitación se afirma que: “resulta indispensable la evaluación y validación de diversas experiencias de tratamiento y rehabilitación desarrolladas en nuestro país y el extranjero, con el objeto de mejorar la eficiencia y eficacia de la atención ofrecida a los drogadictos” (CONACE, 1993).

Con el doble objetivo de asumir plenamente el problema del consumo abusivo del alcohol, así como desestigmatizar a quienes tienen problemas con el consumo de drogas, procede la siguiente recomendación: "Se considera droga a toda sustancia farmacológica activa sobre el sistema nervioso central que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones del comportamiento. Por lo tanto se incluye, no sólo lo que habitualmente se entiende por "drogas", sino también determinados medicamentos capaces de producir estados de dependencia, sustancias de uso legal como el tabaco y las bebidas alcohólicas, y sustancias de uso doméstico o laboral como los solventes volátiles" (Ministerio de Salud, 1996).

El éxito de una convocatoria a la prevención del uso indebido o al tratamiento del consumo abusivo depende de su capacidad de *enganche*, lo que se refiere a la respuesta que dé el usuario al llamado institucional. En tanto que la *adherencia* es la aceptación que el usuario hace de la propuesta institucional (Ministerio de Salud, 1996). Si el sistema de salud especializado realmente quiere acoger a los drogodependientes en su convocatoria, al menos debe cumplir las dos condiciones que ya se han señalado: no estigmatizar a quienes utilizan sus servicios y no condicionar los tratamientos a la abstinencia de la droga.

## **G. La ejecución de la prevención**

### **1. Municipalización de la gestión**

Una de las características actuales en el proceso de gestión pública de los problemas sociales es la municipalización de su administración, lo que ha planteado dos problemas centrales: por una parte, la provisión de recursos y, por otra, la concepción misma del problema y las maneras de resolverlo. No es el momento de analizar el financiamiento de esa nueva responsabilidad municipal ni de aquellas que le fueron asignadas por la dictadura militar en salud y la educación; pero es un hecho que atribuir nuevas responsabilidades a la institución municipal sin asignarle o transferirle los recursos pertinentes constituye una irresponsabilidad política. El desafío central es cómo el municipio puede y debe encargarse del problema de las drogas con éxito en su gestión y control, en el entendido de que no podemos replicar en pequeña escala lo que no ha tenido el impacto deseado a escala nacional.

Los hechos le asignan pobres resultados a las políticas que se han limitado o centrado en criminalizar la oferta y la demanda, como lo reconoce el Plan Nacional. Esto parece ser un fracaso si tenemos presente que las capturas de drogas se han triplicado en el decenio pasado, pero los precios de las drogas al consumidor continúan a la baja. Los errores de criterio encuentran su mayor evidencia en el hecho de que la mayor parte de la población institucionalizada por el problema de las drogas esté en las cárceles y no en los servicios de salud.

El desarrollo de una nueva política debe retomar el problema de las drogas como un asunto social, tematizarlo públicamente en términos sociales y no en términos criminales, proponer soluciones socialmente practicadas en la solidaridad y la acogida y no en la discriminación y la exclusión. Sólo así se podrá convocar a los sectores sociales comprometidos y afectados, en particular a los jóvenes estudiantes y marginales, y a los hogares con jefatura femenina de clase media y baja.

En los barrios populares no basta con recoger el discurso de las mujeres y los padres de familias que padecen el consumo abusivo de hijos y otros parientes, amigos y vecinos. Para una intervención plausible que integre a los reales actores del problema se debe recoger el discurso de quienes hacen uso recreativo, experimental, abusivo y compulsivo de las drogas.

## 2. La municipalización de la prevención del consumo de drogas como objetivo público

La municipalización debe ser entendida en sus tres aspectos: i) en lo *administrativo* es la transferencia de las competencias del Estado a la institución municipal para prevenir y controlar el problema de las drogas, tal como se le han transferido competencias en salud y educación; ii) en lo *social* se trata de poner el problema y las soluciones en la agrupación de los habitantes de la comuna, en el entendido que la demanda de drogas proviene de la comunidad misma y del conjunto de problemas que afrontan importantes sectores de ella, y no de la oferta de drogas traída desde afuera; y iii) que la *organización social* es la manera de canalizar el problema social de la comunidad con la institución municipal como proveedora de recursos y estrategias para afrontarlo, por lo que es necesario movilizar juntas de vecinos, centros de madres, centros de padres y apoderados, clubes sociales, comunidades religiosas, etc. La interlocución entre el Estado y la sociedad para controlar el problema de las drogas debe ser entre las organizaciones sociales y las municipalidades.



### III. El diseño de políticas públicas y las tres partes de la prevención al consumo de drogas

---

Como ya se ha dicho, la prevención al uso indebido y al consumo abusivo de sustancias psicoactivas ha recorrido en su historia tres esquemas, que hoy son básicos para cualquier intervención pública preventiva, éstas son: *la alerta* a la población ante los riesgos y daños que pueden causar las drogas a la salud, la conducta y el entorno del usuario; *la habilitación* a las personas vulnerables al consumo para responder adecuadamente ante situaciones de riesgo al uso de las drogas; y *la conversación* entre la población usuaria y vulnerable al uso de drogas (contingente), su entorno social (comunidad y familia), las autoridades y los especialistas, para evaluar las situaciones, proponer soluciones y pactar las acciones de reducción del riesgo, reducción del daño y abstención del uso cuando sea necesario. Pero antes de entrar en el desarrollo de las intervenciones establezcamos las líneas generales de lo que debe ser una política pública.

#### A. Las políticas públicas

Las políticas públicas son la ejecución de la voluntad general – alcanzada por consenso o impuesta- para administrar o controlar una conducta personal o colectiva y el uso de bienes y servicios, estableciendo propósitos colectivos y aún instaurando o eliminando costumbres. La concreción de esta voluntad general es el conjunto

normativo de leyes que regulan las relaciones entre las personas, las instituciones y las cosas.

Desde la perspectiva del derecho, la norma busca la protección de aquellos bienes más valorados por la sociedad para la realización de la persona humana. Estos bienes jurídicos son: la vida, la libertad y la propiedad. Es decir, son bienes referidos a la existencia humana, al poder decidir el destino personal y colectivo y al tener medios de vida. La vida presupone la protección integral al ser humano, incluido su derecho a la salud; la libertad presupone la realización integral del ser humano, desde el pleno acceso a la educación y la cultura, pasando por la ilimitada posibilidad de expresarse y culminando en el absoluto ejercicio del poder político; la propiedad es el derecho de acceso a los recursos necesarios para satisfacer las necesidades, y no simplemente la acreditación de la titularidad sobre un determinado bien.

La concepción y aplicación de cualquier norma debe procurar que la protección de un bien jurídico no se haga en desmedro de los otros (puede una medida de protección ser más perjudicial que aquellas conductas que pretendía evitar), siendo la buena norma aquella que mejor protege el bien jurídico. En el caso que nos ocupa una política de control de drogas tiene por finalidad la protección de la salud pública como bien jurídico, tanto de cada persona como del conjunto social.

La única manera de evaluar si una política pública es justa es comparando el daño que ella causa con el que producen las conductas que se quiere controlar. Así, si una medida de control público a los homicidios causa más muertes de las que se producían antes, o si una política de control a la evasión tributaria cuesta más de lo que entregan sus resultados, tales políticas deben revisarse, por nocivas e ineficientes.

## **1. Las políticas de control de drogas**

En materia de drogas se concentran un conjunto de actores, bienes económicos e instituciones. En un primer plano están los usuarios, el dinero, las sustancias, los proveedores de ellas y, fundamentalmente, *el mercado*, institución a la que todos ellos concurren y donde las sustancias se transan y circulan. En segundo plano, para intervenir el circuito mercantil, aparecen: el sistema de salud, con sus normas, funcionarios y beneficiarios; el sistema penal, con sus normas, funcionarios y procesados (inculpados y condenados); y el sistema de información, con sus emisores y receptores. El sistema educacional cumple una función similar tanto al de comunicación, al informar y formar a una población institucionalizada, como al de salud, al identificar los casos problemáticos y derivarlos al sistema de salud mental.

La comprensión e interpretación del problema de las drogas debe poner en el centro que éste se da en un mercado, que cualquier intervención será una intervención en un mercado y que las respuestas de los actores serán siempre sus respuestas en un mercado, sea legal o ilegal. Decir que la criminalización de un mercado cambiará las conductas de sus actores es una afirmación sin evidencia empírica.

Para controlar el uso de las sustancias psicoactivas, sean o no de libre uso, como el alcohol y el tabaco o las drogas de origen natural y los psicofármacos, las opciones son dos: por una parte, controlar la oferta interviniendo administrativa y/o penalmente su provisión al mercado, lo que además es una forma de prevenir el consumo; por otra, controlar la demanda tratando a los usuarios dependientes -drogodependientes-, persiguiendo penalmente el consumo recreativo, experimental o funcional, y prevenir el consumo informando a la población de sus efectos fisiológicos, psicológicos y sociales.

De acuerdo al tradicional tratamiento de este tema y a las convenciones internacionales que lo regulan, las políticas de control de las sustancias psicoactivas deben tener, en abstracto, al menos tres componentes o campos de acción: a) una política criminal para controlar la oferta, b) una política de tratamiento y rehabilitación para controlar la demanda, y, c) una política de

comunicación para informar al público sobre el problema de las drogas y así prevenir su uso. La finalidad de las políticas de drogas es controlar su consumo mediante normas administrativas y penales que prohíben su uso o lo restringen a usos terapéuticos.

En algunos casos las políticas de control ponen el acento en reprimir la oferta y la demanda, así como en otros se intenta reprimir la oferta y desincentivar la demanda por medio de la publicidad, la educación y la atención sanitaria. También hay políticas que para controlar la demanda, desde la interpretación del consumo a partir de sus factores causales, se proponen intervenirlos como factores de riesgo al uso indebido y consumo abusivo. Sin embargo, es tal la vastedad y complejidad de los factores de riesgo al uso de drogas, así como de los factores protectores que acompañan la vida de las personas, familias y comunidades, que resulta ilusorio pretender actuar o influir significativamente sobre ellos.

Pretender que el ocio (que no debe confundirse con el desempleo) sea un factor de riesgo para el uso de drogas, posible de resolver mediante actividades deportivas o culturales como formas sanas de usar el tiempo libre, carece de fundamento científico, además de desconocer al ocio como una necesidad humana de reposo y creación. Suponer que el ejercicio de los deportes, las actividades culturales u otras actividades lúdicas –danza, artesanías, juegos, etc.- son una buena distracción para el desempleo, con todas sus consecuencias personales, familiares, comunales y sociales, y que así se previene el consumo de drogas y las actividades delictuales, es sólo una creencia sin base en la realidad.

Una política concreta de control de drogas parte de una combinación de acciones a tomar en lo criminal, la salud y las comunicaciones. Estos factores se conjugan según los objetivos que se propone la política y la definición de metas a lograr. Las acciones a ejecutar y los medios a emplear constituyen la estrategia de esa política. Los objetivos se pueden especificar de la siguiente manera:

i) El campo de la *política para controlar la oferta* se puede intervenir administrativamente, con una política comercial, y/o penalmente con una política criminal, en los siguientes campos: i) el comercio minorista, ii) el comercio mayorista, iii) el comercio internacional, iv) la producción, v) los insumos, y vi) las ganancias ilícitas. Aquí las intervenciones más eficientes son las que afectan a los segmentos más concentrados de estas actividades ilícitas, como el comercio mayorista y el tráfico internacional, aunque estos segmentos son duros y difíciles de golpear por el poder que concentran en términos económicos, sociales y políticos.

Por el contrario, el comercio minorista y la producción agrícola campesina de las materias primas son fáciles de golpear por su debilidad social y política, pero sus resultados son irrelevantes dada su alta capacidad de sustitución o reserva de actores, además de tener altos costos sociales y políticos por comprometer a vastos conjuntos sociales. Dada la situación de desempleo, subempleo creciente y caída del ingreso laboral (aún mayor entre las poblaciones vulnerables como los jóvenes, mujeres y minorías), y el pequeño capital necesario para iniciar estas actividades ilícitas y su rápida amortización, la capacidad de sustituir con nuevos contingentes a quienes han sido privados de libertad es tan grande como la pobreza y marginalidad existente. En cuanto a las intervenciones en el campo de la legalización de las ganancias ilícitas y el comercio de insumos químicos, no podemos decir mucho dada la poca experiencia conocida.

Es necesario remarcar que la peor manera de perseguir la oferta ilícita es por medio de la inducción a esos delitos – *entrampement*, agente encubierto, agente provocador- que si bien tiene la ventaja de mostrar una eficacia virtual, en los hechos, además de ser injusta, distrae recursos policiales, judiciales y penitenciarios en producir, perseguir y castigar delitos virtuales mientras que los delitos reales se ejecutan impunemente.

ii) En el campo de la *política para controlar la demanda* se puede intervenir penal o administrativamente, castigando a los usuarios con multas, privación de libertad, trabajos sociales



y/o con tratamientos obligatorios u optativos al castigo penal. También se puede intervenir con una política de atención a los usuarios diferenciada según sus destinatarios entre: i) quienes hacen usos arriesgados, ii) quienes hacen usos peligrosos, y iii) quienes deben abstenerse del consumo de drogas. Obviamente, esta política no interviene a los usuarios no problematizados que hacen usos eventuales y ocasionales de sustancias psicoactivas, que como es sabido constituyen la amplia mayoría de los usuarios.

iii) En el campo de la *política de comunicación* e información se pueden emplear los medios para: i) prevenir el consumo, o sus formas arriesgadas y peligrosas, entre la población en general, la población vulnerable en particular y ante las situaciones de riesgo de manera específica, ii) promover en la opinión pública las medidas adoptadas para el control de drogas, y iii) ejecutar campañas de discriminación contra los usuarios recreativos o funcionales de drogas.

En este campo se afirma que se quieren enviar señales claras, cuyos destinatarios son tanto los potenciales transgresores como la opinión pública. Sin embargo, se emiten mensajes equívocos que se muestran firmes o duros con los transgresores a la ley de drogas en los discursos y las normas, y a la vez ineficientes y permisivos en su aplicación y cumplimiento.

En el caso de Chile, por ejemplo: ¿cuántas personas han sido procesadas y condenadas (pese a los enfáticos discursos) en Chile por concertación para consumir drogas ilícitas en los últimos cinco años de vigencia de la Ley 19.366 o Ley de Drogas? ¿Cuántas personas han sido procesadas y condenadas por lavado de dinero proveniente del narcotráfico? ¿Cuántas personas han sido procesadas y condenadas por proveer insumos y equipos para la producción de drogas? Todas estas preguntas se formulan considerando que estas tres medidas fueron las más importantes innovaciones con relación a la anterior ley de control de drogas en el país.

Asimismo, mientras por una parte se publicita mucho el alcohol y el tabaco como formas de prestigio para satisfacer necesidades de socialización, por la otra se estigmatiza el consumo de drogas y se soslaya el consumo masivo de psicofármacos. Las confusiones comunicacionales a propósito de las campañas estigmatizantes para el control de drogas, se han expresado singularmente en un penoso ejemplo de los efectos perversos de las campañas anti-drogas en la prensa, con ocasión de un famoso reportaje a un niño heroínómano que mereció el premio Pulitzer en 1981 y que luego resultó ser una historia falsa.

## **2. Interpretación y evaluación de las políticas de control de drogas**

La legitimidad de una política de control social depende del grado de fuerza que tienen que usar el Estado y sus autoridades, de la violencia privativa del Estado y autorizada por el mismo, en comparación con otras medidas administrativas de control. Es claro que la importancia dada al sistema penal en el control de un problema social (la “emergencia penal”) es un indicador del fracaso de las otras políticas públicas de control social. Así, una política de salubridad para controlar el SIDA puede proponerse aislar en concentraciones especiales a los portadores como medida de prevención del contagio, en claro desmedro de la libertad de aquellos, como en el caso de Cuba. El peligro estará en que los portadores no acudirán a la ayuda institucional para no arriesgar la pérdida de la libertad, de manera que ni los portadores ni la población de riesgo serán instruidos y provista de métodos menos arriesgados de mantener relaciones interpersonales y sexuales. Tradicionalmente, los enfermos mentales, incluidos los adictos a las drogas, argumentando razones de seguridad de ellos y para terceros, son aislados en instituciones especiales en contra de su voluntad y atentando contra su derecho a la libertad.

En el caso del control a la demanda y oferta de sustancias psicoactivas, una manera de medir el éxito o fracaso de la política es comparar el número de personas institucionalizadas por el

sistema de salud y el número de personas institucionalizadas por el sistema penal. Mientras mayor sea la proporción de éstos últimos debe suponerse de menor eficacia la política de control implementada. En los Estados Unidos son atendidas entre 70.000 y 80.000 personas cada año por emergencias hospitalarias y para tratamientos de desintoxicación debido al uso abusivo de heroína y cocaína (como es sabido no existe algo así como indicadores de morbilidad y mortalidad por uso de marihuana), mientras que unas 275.000 personas son condenadas anualmente por infracciones a la ley de drogas, 110.000 de ellas por consumo de drogas.

La calidad de los institucionalizados por cada una de esas dos instituciones mide de manera más precisa el resultado de las políticas de control. Así, si los usuarios de las drogas en lugar de ser institucionalizados por el sistema de salud lo son por el sistema penal, siendo entonces criminalizados, será claro el fracaso de aquel sistema de salud por la inutilidad en su función. Si además el sistema de salud, de propia iniciativa o por remisión del sistema penal, insiste en tratar adicciones a usuarios de drogas que no las tienen, pervierte el sentido del sistema de salud mental, pretendiendo curar a alguien de un mal que no padece. Por otra parte, si tanto los sistemas de salud como penal seleccionan de manera sobre-representada a determinadas poblaciones vulnerables como los jóvenes, las mujeres, los pobres o las minorías étnicas, se infiere un sesgo discriminatorio por parte de los sistemas institucionales encargados de este problema social.

Como es sabido, el camino seguido para controlar el consumo ha sido, en primer lugar, normar la administración controlada de la oferta; en segundo lugar, normar la administración controlada de la demanda; en tercer lugar, criminalizar la oferta, y, finalmente, criminalizar la demanda. Ahora se pretende controlar la demanda por medio de la prevención -estigmatización-publicitaria.

Como ya se ha sugerido, el mejor camino para examinar las políticas de control de drogas es sustituir la pregunta de *¿por qué?* los usuarios consumen las drogas sometidas a control, por la de *¿para qué?* usan las sustancias psicoactivas. Es necesario pasar de una concepción pasiva del usuario a una concepción activa del sujeto, a la indagación de la función de utilidad que tienen las drogas para quienes las usan, y de la capacidad de éstas de satisfacer deseos y necesidades entre ellos. Reconocer la voluntad de los usuarios de drogas, cualquiera sea la característica de su consumo, es partir del supuesto cierto de que con ellos se pueden acordar y pactar formas no arriesgadas ni peligrosas de uso, o la abstinencia cuando sea necesario.

Esta forma de examinar el problema sigue la orientación propuesta recientemente tanto por las Naciones Unidas como por el gobierno de los Estados Unidos de controlar preferentemente la demanda de drogas, lo que sólo será racional y humanamente posible si se revisa la base la conducta de los demandantes, o sea los consumidores. Suponer que basta con suprimir el *marketing* que genera la discusión pública y política sobre las drogas para acabar con la demanda, es desconocer que la demanda creciente por sustancias psicoactivas es muy anterior a ese debate y al supuesto *marketing*.

El diseño, la promoción y ejecución de una política para el control de drogas de *perfil fuerte*, firme en sus fundamentos y consistente en sus posibilidades de éxito, requiere una elección de objetivos coherente con la finalidad de controlar el problema social de las drogas en condiciones políticas democráticas, ideológicamente secularizadas, socialmente solidarias y culturalmente tolerantes, así como una adecuada organización de medios y una suficiente provisión de recursos. Lo anterior no debe ser confundido con una política de *alto perfil*, la cual, careciendo de los componentes mínimos para ser creíble y plausible, puede, con un buen sistema de *marketing*, lograr sus metas de posicionamiento en los medios y la opinión pública y así influir en los dictámenes de los expertos e imponerse a quienes toman las decisiones. Una política de fuerte perfil tampoco debe ser una política de *perfil duro* que se enmarque dentro de esquemas autoritarios, dogmáticos, no solidarios e intolerantes para resolver un problema social, argumentando supuestas razones de

fuerza mayor. En general, las políticas de perfil duro se caracterizan por ser débiles en sus contenidos materiales y, a la vez, de alto perfil en sus formas de exponerse y promocionarse. Para una política de alto perfil o perfil duro el asunto no es obtener resultados objetivos y medibles sino mostrar de manera espectacular que se hacen cosas.

La gestión de la salud pública en las sociedades democráticas, en particular en lo concerniente a la salud mental, no puede ser reducida a la clasificación dogmática y excluyente de conductas, usos y costumbres (como *conductas desviadas*), cuyo control debe ser administrado por empresarios morales. La percepción fatalista de situaciones sociales anómalas, que sólo podrían ser tratadas con medidas de extraordinaria emergencia, debe ser contrastada con propuestas que busquen la normalización de esas situaciones sin provocar mayores daños que los existentes: el remedio no puede ser peor que la enfermedad. A la noción de seguridad como dogma de la ausencia de riesgos se debe contraponer la solidaridad con quienes están afectados por los problemas sociales y la tolerancia ante las maneras de ser diferentes que no afectan nuestros intereses. Más que buscar la reinserción de quienes han recorrido caminos inciertos y tortuosos, se debe conseguir junto con ellos la normalización de la vida de quienes también son nuestros congéneres.

## **B. Los componentes de la prevención al consumo de drogas**

Como se comentó antes, la historia de la prevención al uso indebido y consumo abusivo de sustancias psicoactivas cruza tres grandes etapas de intervención: la *alerta* a la población, la *habilitación* a la población vulnerable y la *conversación* entre la población usuaria y todo su entorno comunitario e institucional. Estos tres momentos no sólo son etapas históricas de la prevención. Cada uno de ellos ha sido un aporte para el proceso preventivo y debe integrar cualquier actividad coherente de prevención que se quiera realizar. De lo que se trata es de someter a crítica lo que estas tres concepciones y prácticas de prevención han venido haciendo, desechar lo innecesario o contraproducente y rescatar aquello que se ha mostrado útil.

Estas fuentes y partes de la prevención se exponen mediante una matriz que consta de tres columnas, donde cada una recoge los elementos que componen tanto la alerta, la habilitación como la conversación. Estos elementos han sido organizados en filas referidas a los resultados esperados, los ámbitos de intervención y las diversas intervenciones preventivas que se proponen.

**Cuadro 1**  
**MATRIZ DE INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE DROGAS**

	Alerta	Habilitación	Conversación
<b>Resultados esperados</b>			
Finalidad	Abstención	Autocontrol	Normalización
Población objetivo	Toda	Población vulnerable	Cualquiera
Metas	Máximas-idealistas	Controlar la situación	Realistas-mínimas
Logros	Impedir el consumo	Impedir el abuso	Reducir riesgo y daño
<b>Ámbito de intervención</b>			
Paradigma	Sanitario criminal	Socio-sanitario	Socio-cultural
Universo	Macrosocial	Macrosocial	Microsocial
Comunicación	Mass media	Literatura especializada	Cara a cara
Elemento ambientalista	Sustancia	Medio ambiente	Sujeto
Factor causal	Disponibilidad	Riesgo-protección	Voluntad
Mercado	Oferta	Oferta-demanda	Demanda
<b>Intervenciones preventivas</b>			
Nivel	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
Tipo	Específica	Prevención secundaria	Específica
Cubrimiento	Total y centralizado	Inespecífica	Territorialidad
Población meta	No segmentada	Zonificación	Personalizada
Convocatoria	Mobilización general	Segmentada	Partes afectadas
Consigna	No a la droga/tolerancia cero	Institucionalización	Solidaridad y tolerancia
Responsabilidad	Gestión especializada	Estilo de vida saludable	Autogestión
Norma	Prohibición	Prescripción	Pacto
Referente de la acción	Información	Reducción de riesgo	Reducción daño
Objetivo	Conocimiento	Competencia	Autonomía
Actividad	Comunicación	Atención	Autocuidado

## 1. La alerta al consumo de drogas

La primera etapa es la alerta. El *resultado* a obtener es la *abstención* del uso de las drogas, o como suele invocarse, "una sociedad libre de drogas". Su población objetivo son todos los habitantes de un territorio definido, sea país, ciudad, barrio, etc. El tipo de metas en este caso son máximas e idealistas, a saber, impedir cualquier tipo de consumo como única manera eficiente de evitar el abuso de las drogas.

El *ámbito* de actuación de la alerta está definido por el *paradigma sanitario-criminal*, donde la necesidad sanitaria de impedir esta conducta desviada se pretende satisfacer mediante la criminalización de la provisión y el consumo, aplicando el castigo penal. El universo de actuación de la alerta es macrosocial; de allí que se privilegie el uso de los medios de comunicación de masas para transmitir sus mensajes y consejos. Desde la perspectiva ambientalista el elemento a controlar es la *sustancia*: su referencia es permanente, y la ciencia por excelencia tanto para explicar el consumo como para justificar las actuaciones de control es la farmacología. Así, la naturaleza humana es reducida a su estado biológico donde la sustancia controla al individuo. El factor a neutralizar es la disponibilidad de la sustancia. Por eso, en el mercado que rige las relaciones

económicas, la represión a la oferta es la medida pertinente -no sólo para controlar la oferta de las drogas sino también para elevar su precio y así inhibir la demanda-. Como es sabido, las respuestas dadas por el mercado desmienten, hasta la fecha, tal supuesto.

Las *intervenciones* preventivas que se propone la alerta se dan en el nivel primario y son de tipo específico, tales como campañas de propaganda en los medios, información en el sistema escolar, comunicación en comunidades, barrios, vecindades, etc. La cobertura de las intervenciones es totalizadora y centralizada, quiere llegar a toda la población y de manera unívoca. La población-objetivo de la alerta no está segmentada, se convoca a la movilización general en contra de la droga y las consignas principales son "no a la droga" y "tolerancia cero" a su uso. La responsabilidad de gestión de las intervenciones en la alerta es diseñada y ejecutada por especialistas en comunicaciones, educación y promoción. La norma rectora de las acciones es la prohibición al uso indebido y al consumo abusivo de drogas.

La actividad principal de la alerta es la *comunicación*, y el referente de sus intervenciones es la producción y transferencia de *información* sobre los efectos deletéreos del uso de las drogas, cuyo objetivo es el *conocimiento* por parte de la población de tales efectos. Es un hecho que la información sobre los efectos deletéreos de las drogas no inhibe su uso, y las personas mejor informadas sobre ellos son aquellas que sí las usan. Pero lo anterior no es una razón para no informar veraz y oportunamente a la población sobre los reales efectos, y los riesgos y daños que causan las diversas maneras de usar las drogas, así como tampoco es aceptable el argumento de que la información veraz incita al consumo.

Si bien históricamente la alerta ha estado marcada por el paradigma sanitario- criminal, ella es absolutamente necesaria en la prevención del uso indebido y consumo abusivo de drogas, aunque debe cumplir con algunas condiciones mínimas en su concepción y práctica que aseguren la eficiencia de sus resultados.

La verosimilitud de la información sobre drogas es una gran preocupación de los especialistas, así como la necesidad sanitaria de una información veraz es siempre reclamada por los usuarios. La comunicación de información alarmante sobre el consumo de drogas no sensibiliza a la población sino que genera zozobra entre ella, en particular entre los padres, y sobre-reacción intolerante y poco solidaria con quienes las usan y sus entornos, en especial contra los jóvenes y sus manifestaciones culturales. Finalmente, para los usuarios tales informaciones carecen de credibilidad, dado que sus experiencias las hacen contra-evidentes. Lo más grave es que las instituciones que comunican información sobre drogas pierden a la vez legitimidad en su función pública, sobre todo ante los jóvenes que se supone son la principal población objetivo de sus actividades de prevención.

La comunicación de información científica, cuantitativa y cualitativa, que se contraponga a las concepciones fundamentalistas, autoritarias, poco solidarias e intolerantes para el tratamiento de este problema social, así como la generación de espacios públicos para el despliegue de debates ciudadanos, son la condición esencial de mediación entre la sociedad y el Estado para el tratamiento del problema de las drogas. Darle la palabra a quienes usan las drogas es un hecho comunicacional de vital importancia, humana y democrática. Además, una alerta informativa eficaz requiere de un personal profesional de periodistas y comunicadores bien informados en el tema de las drogas y no de transmisores del miedo, la zozobra y la intolerancia. Como ya se dijo, esto reclama una política de comunicación políticamente democrática, ideológicamente secularizada, socialmente solidaria y culturalmente tolerante. Información, verdad y democracia son las reglas de la construcción social actual, y la democracia sólo es posible si hay un debate informado, abierto y amplio sobre los asuntos de interés público, y no la toma de decisiones sin consulta para con los afectados por los hechos tratados.

Si los modelos son evaluables por sus éxitos, se puede afirmar, para el caso de Chile, que la alerta como actividad preventiva ha sido todo un éxito, ya que en el país el 70% de quienes alguna vez en su vida han probado marihuana nunca más lo han vuelto a hacer, y de quienes usaron alguna vez base o clorhidrato de cocaína el 65% no ha reincidido. En cambio el 84 % de quienes alguna vez probaron alcohol lo siguen usando en la actualidad, índice que alcanza al 66% en el caso del tabaco.

## 2. La habilitación ante el consumo de drogas

La prevención de segunda generación es la habilitación ante las drogas. Su *resultado* a obtener es el *autocontrol* entre quienes son vulnerables al uso de las drogas o están en situaciones de riesgo, los cuales constituyen la población objetivo de la habilitación. Se trata de controlar las situaciones provocadas por la presencia de las drogas en la sociedad y se tiene por logro impedir el abuso de ellas.

El *ámbito* de intervención en la habilitación está determinado por el *paradigma socio-sanitario* que medicaliza a los usuarios de las drogas y los considera a todos sujeto de una sanación o al menos del mejoramiento de su calidad de vida. El universo de su actuación es macrosocial, ya que su población objetivo es considerada objeto de intervención socio-sanitaria por medio de la educación para la salud. Su medio de comunicación por excelencia es la literatura especializada, los manuales y folletos. El elemento principal a intervenir y prevenir es el medio ambiente donde actúa el sujeto y se encuentra la sustancia, y la tarea es identificar los factores de riesgo y de protección que deben controlarse para aumentar la seguridad de los sujetos frente a la sustancia. De esta forma se debe controlar tanto la oferta como la demanda en el mercado, instancia donde las sustancias se transan como cualquier mercancía. El control de la demanda se hace con el objetivo de desincentivar al narcotráfico como agente de la oferta.

Las *intervenciones* preventivas que estipula la habilitación son a nivel secundario y de tipo inespecífico, a la manera de la prevención general. Sin embargo, la especificidad de su población objetivo -vulnerable y en situación de riesgo- obliga tanto a una zonificación de sus actuaciones como a la segmentación de la población-meta de sus acciones. Aquí la convocatoria es a la institucionalización de quienes están relacionados con las drogas: quienes la proveen son criminalizados e institucionalizados en el sistema penal, los enfermos en el sistema de salud y quienes están en riesgo de usar drogas deben ser institucionalizados por el sistema de salud mediante la promoción de la salud y prevención general e inespecífica, con la consigna de estilos de vida saludables. De la misma manera que al abandonar el hábito de fumar se disminuye el riesgo de contraer un enfisema pulmonar, al no frecuentar amistades de “dudosas” costumbres se disminuye el riesgo de usar drogas y así se minimiza el riesgo de hacerse dependiente de ellas. La responsabilidad en la gestión de la habilitación es delegada al sistema de salud preventiva y sus profesionales, siendo encargada a cada una de las unidades de la estructura de atención primaria un acercamiento con sus poblaciones-meta. La norma de la habilitación es la prescripción de actitudes y conductas saludables, y el objetivo a lograr es la competencia de los eventuales usuarios de drogas para controlar su vulnerabilidad y manejar las situaciones de riesgo. El referente de la habilitación es la reducción del riesgo y su actividad preventiva principal es la *atención sanitaria* a la población vulnerable o en situación de riesgo.

En este caso no se tiene por finalidad única la abstención del consumo de drogas (dado el fracaso observado en alcanzar este logro), sino que se apunta al autocontrol. No se trata de erradicar las drogas sino de que éstas no provoquen más daño del debido o esperado, planteamiento similar al de la prevención del consumo del alcohol. Este modelo de intervención es disciplinario y prescriptivo, como lo son las prácticas pedagógica y terapéutica. Como modelo psico-social, es un modelo médico donde la intervención en habilitación comparte la concepción sustancialista del

problema de las drogas, vale decir, el acento está más puesto en la nocividad de la sustancia que en las finalidades del usuario.

Una vez tomando el caso chileno como ejemplo, puede decirse que si el éxito de una intervención se midiese por el número de usuarios que mantienen un control sobre el uso de las drogas, la habilitación tiene su mérito ya que sólo el 10% de quienes las han usado eventualmente en el último año lo han hecho más de tres veces en el último mes.

De los tres modelos que aquí se exponen, la alerta y la habilitación son los que de una u otra manera se han venido aplicando como prevención al consumo de drogas. La tercera modalidad de prevención, la conversación, en la actualidad es un modelo en construcción. En Francia las autoridades del Estado quieren conversar con los jóvenes, que en un 30% usan drogas cotidianamente, para prevenir con ellos que se conviertan en consumidores crónicos. Siguiendo con el caso de Chile, el hecho de que el 60% de los jóvenes sea partidario del libre comercio de drogas, pese a que sólo el 5% la usa habitualmente, es toda una invitación a conversar con ellos el asunto de las drogas.

### **3. La conversación como ciudadanía del asunto de las drogas**

La tercera modalidad de prevención es la conversación. Su *resultado* esperado es la *normalización* tanto de la vida de los usuarios de las drogas (activos) como de la de aquellos que sin consumir las padecen (pasivos), sean familias, barrios o comunidades donde este fenómeno adquiere relevancia. Se buscará normalizar las relaciones entre los grupos de interés que constituyen las comunidades afectadas, lo que a su vez podrá normalizar las relaciones de estas comunidades con el Estado y sus instituciones concernidas en el asunto drogas: policía y justicia, educación y salud, comunicación y cultura. La población objetivo es cualquiera que admita la conversación como método para avanzar en la resolución de conflictos. Las metas propuestas son mínimas pero realistas, y los logros a obtener son la reducción de los riesgos por uso inadecuado de drogas como también del daño que aquello pueda producir.

En el *ámbito* de la intervención preventiva, el paradigma de interpretación es socio-cultural, donde el consumo de drogas es conceptualizado como una costumbre social de múltiples significados y de funciones subjetivas y colectivas. Su universo es microsocio y se restringe a las relaciones del sujeto y su comunidad, mediado o no por la familia. La modalidad de la conversación es de cara a cara. El elemento que privilegia la acción de prevención es el sujeto, que si bien está determinado por un medio ambiente, también es actor en él para hacer usos variados de las drogas. El factor determinante es la voluntad, como posibilidad de la libertad. De allí que la pregunta etiológica correcta no es el *por qué* del uso -relación causal- sino que el *para qué* del consumo -función de utilidad-. La acción en el mercado que expresa el deseo o la necesidad de la droga es la demanda.

Las *intervenciones* que propone la conversación para prevenir los riesgos y daños provienen de la experiencia de la prevención terciaria y son de tipo específico. Se pretende cubrir los territorios transitados por los actores específicos de las situaciones conflictivas derivadas del uso de las drogas, como la familia, el barrio o la comunidad, según el tipo de conflicto. La población meta de la conversación debe estar absolutamente personalizada, y nadie puede atribuirse su representación, dado que el usuario tiene intereses diferenciados de su familia, ésta de su comunidad y ésta de las instituciones del Estado. Por ende, la convocatoria a la conversación debe ser a las partes afectadas, siendo su consigna la *solidaridad* y la *tolerancia* con los afectados, sean éstos activos o pasivos, en relación al uso de las drogas.

La responsabilidad de la conversación es *autogestionaria*. A lo sumo, las instituciones o los especialistas pueden ser facilitadores de la capacidad autogestionaria, pero su participación activa trae un interés distinto al de las partes. La norma que rige la conversación es *el pacto*, y su referente la reducción del daño. El objetivo es la *autonomía* de los afectados por el uso de las drogas (activos y pasivos), lograda mediante el *autocuidado*, que viene a ser, en cuanto modo de prevención, la gran lección recogida por la dolorosa experiencia del SIDA, principalmente producida por las víctimas y sus entornos y no por los especialistas en salud pública.

La conversación puede servir para criticar y cuestionar los modelos y políticas aplicados para prevenir, tratar y controlar el consumo de drogas. Pero en una comunidad específica la conversación debe servir para representar los intereses contrapuestos que en ella afloran con el consumo de drogas, entre quienes las emplean y quienes sin hacerlo se sienten afectados por su uso en la comunidad. Si esos intereses no son representados, mediados y resueltos por la comunidad, ellos son expropiados por los aparatos del Estado y representados de acuerdo con sus formas de abordar el control de la organización social. La conversación es una manera de resolver los conflictos sociales, no sólo los surgidos por el uso de las drogas. Otra forma de hacerlo es la violencia, que es el uso del dolor para doblegar la voluntad del otro. En nuestra experiencia nacional preventiva más reciente, la conversación con y entre los jóvenes sobre la "angustia" se está manifestando con una disminución del consumo de base de cocaína entre ellos.

A modo de cierre, cabe señalar que, más allá de la superación crítica que cada paradigma preventivo ha debido realizar respecto de su precedente, el saldo restante de los saberes y las prácticas positivas y útiles de cada uno de esos momentos conforman el actual acervo de la prevención al uso indebido y al consumo abusivo de drogas.





## Bibliografía

---

- Asociación Chilena de Municipalidades (1996), *Manual: orientación para un programa comunal de prevención del uso indebido de drogas y alcohol*, p.6, Concepción, Chile.
- CEPAL (1999), “Aprendiendo de la experiencia: propuesta para avanzar en la política y el Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas” (LC/R.1885), abril, Santiago, Chile.
- Cesoni, M.L. (1996), *Usage de stupefiants: politiques européennes*, Georg Editeur SA, Ginebra, Suiza.
- Comas, D. et al (1993), *Drogodependencias: Perspectivas Sociológicas Actuales*, Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología, Madrid, España.
- Comas, D., M. Espin, M. Ramírez, E. Goicochea (1992), eds. *Fundamentos teóricos en prevención*, Grupo Interdisciplinar sobre Drogas, Editorial Fundamentos, Madrid, España.
- Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE), s/f, Universidad de Chile, MSGG, Sistema Comunal de Prevención de Drogas, Modelo Operativo, p.13, 19 y 29, Santiago de Chile.
- \_\_\_ CONACE, s/f, *Análisis de las acciones preventivas en relación a la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas*, p.64 y 66, Santiago de Chile.
- \_\_\_ CONACE (1993), Secretaría Ejecutiva, *Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas*, p. 12,15 y 43, Santiago de Chile.
- Florenzano, Ramón (1994), “Estado actual de las metodologías de prevención del consumo de drogas”, en CONACE, *Análisis de las acciones preventivas en relación a la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas*, p.72 y 73, Santiago de Chile.
- Fuentealba, Ricardo (1994), “*Prevención del Uso Indebido de Drogas*”, en CONACE, *Análisis de las acciones preventivas en relación a la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas*, p.64, Santiago de Chile.

- Gainza, A., C. Pérez, M. Sepúlveda, H. Abarca, S. Aravena y C. Espinoza (1997), *Futuro y angustia. La juventud popular y la pasta base de cocaína en Chile*, Ediciones Sur, Santiago de Chile.
- Lipovetsky, Gilles (1998), “Posmodernidad y revolución individualista”, entrevista de Gustavo Cataldo, *Artes y Letras*, El Mercurio, pág. E8, agosto, Santiago de Chile.
- Milanese, E., R. Merlo *et al* (1999), *Prevención, reducción de daño y cura de las farmacodependencias*, Cáritas, Arquidiócesis de México, p. 67-73, México.
- Ministerio de Salud (1996), *Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas*, p.31, 46 y 118, Santiago de Chile.
- Proyecto PAM-Drogas Servicio de Salud Iquique (1995), Taller de prevención en el uso indebido de alcohol y drogas, en CONACE, *Manual de prevención de drogas*, p. 77, Santiago de Chile.
- Recio Adrados, J.L., *et al* (1997), El fenómeno de la “droga como capital simbólico y hecho social total “ y otros artículos, *Revista de Estudios de Juventud*, No.40, Madrid, España.
- Robles Orozco, G. *et al* (1997), *Prevención de las drogodependencias, análisis y propuestas de actuación*, Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior, Madrid, España.
- Ruggiero, V. y N. South (1995), *Eurodrogs: Drug Use, Markets and Trafficking in Europe*, UCL Press, Londres, Inglaterra.
- Sepulveda, M., J.M Barra., M. Passeche y M. Modest, (1998), *Jornadas de conversación sobre cultura, juventud y drogas*, Municipalidad de Santiago, Santiago de Chile.

## **Anexos**

---



## Anexo 1

### Extractos de acuerdos internacionales recientes que refieren la prevención al consumo de drogas

#### 1. Organización de las Naciones Unidas

En el *Vigésimo Período Extraordinario de Sesiones de las Naciones Unidas* (8-10 junio 1998) sobre el problema internacional de las drogas, los Estados miembros se reunieron para considerar, discutir y aprobar seis temas centrales, entre ellos la reducción de la demanda de drogas, considerando que: “La reducción de la demanda de drogas es un elemento clave en la estrategia global de control. Los Estados miembros han elaborado el primer acuerdo internacional contra el abuso de drogas. La Declaración de los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda será un instrumento esencial en la reducción de la demanda de drogas para el año 2008, junto con la Declaración Política”.

##### Declaración política

“1. *Reafirmamos* nuestra determinación y empeño inquebrantables en dominar el problema mundial de las drogas mediante estrategias nacionales e internacionales que *reduzcan tanto la oferta como la demanda ilícitas de drogas*”.

“6. *Acogemos con satisfacción* los esfuerzos del gran número de personas de toda condición que luchan en diversas esferas contra el uso indebido de drogas y nos sentimos alentados por el comportamiento de la inmensa mayoría de la juventud que no consume drogas ilícitas, y decidimos *prestar particular atención a la reducción de la demanda, sobre todo apoyando a la juventud* y colaborando con ella a través de la enseñanza en la escuela y fuera de la escuela, *las actividades de información y otras medidas de prevención*.”

“17. Reconocemos que la reducción de la demanda es un pilar indispensable del enfoque global para luchar contra el problema mundial de la droga, nos comprometemos a introducir en nuestros programas y estrategias nacionales las disposiciones que se enumeran en la Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de drogas, a colaborar estrechamente con el programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas para desarrollar estrategias orientadas a la acción con objeto de coadyuvar en la aplicación de la Declaración, y a señalar el año 2003 como objetivo para estrategias y programas nuevos o mejorados de reducción de la demanda de drogas formulados en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias, de bienestar social y de aplicación de la ley, y nos comprometemos también a lograr resultados importantes y mensurables en la esfera de la reducción de la demanda para el año 2008”.

##### Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas

###### I. La tarea

“3. La rápida evolución de la situación social y económica, unida al incremento de la disponibilidad de drogas y al creciente fomento de su consumo y una mayor demanda, han contribuido a agudizar el problema del uso indebido de drogas a nivel mundial. (...) Se han recrudecido los factores económicos y sociales que hacen a la población, particularmente a los jóvenes, más vulnerable y propensa al consumo de drogas y a conductas arriesgadas vinculadas a las drogas.”

“5. Los programas para reducir la demanda de drogas deberían formar parte de una estrategia global para reducir la demanda de todas las sustancias que se prestan a un uso indebido.”

## II. El compromiso

“7. Nosotros los Estados Miembros de las Naciones Unidas:

a) Nos comprometemos a guiar nuestras acciones por la presente declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas.”

## III. Principios rectores.

“8. La formulación del componente reducción de la demanda de las estrategias nacionales e internacionales de fiscalización de drogas deberá regirse por los siguientes principios...”:

a) *Deberá existir un enfoque equilibrado entre la reducción de la demanda y la reducción de la oferta*, de forma que ambas se refuercen mutuamente, con arreglo a un criterio integrado a la solución del problema de la droga.

b) Las políticas de reducción de la demanda deberán:

i) Estar orientadas hacia la prevención del uso indebido de drogas y la reducción de las consecuencias negativas de su uso indebido.

ii) Prever y fomentar la participación activa y coordinada de los particulares a nivel de la comunidad, tanto en las situaciones generales como en las situaciones de riesgo especial, en razón de, por ejemplo, su ubicación geográfica, sus condiciones económicas o la presencia de una población relativamente numerosa de toxicómanos.

iii) Tener muy presentes tanto las especificidades culturales como de género.

iv) Contribuir al desarrollo y mantenimiento de un entorno favorable”.

## IV. Llamamiento a la acción.

### A. Evaluación del Problema

“9. Los programas de reducción de la demanda han de estar basados en una evaluación continua de la índole y la magnitud de los problemas del consumo y el uso indebido de drogas y los problemas conexos en la población. Esta evaluación es un imperativo para la identificación de las tendencias que van surgiendo (...) *Las estrategias de reducción de la demanda deberán apoyarse en los conocimientos adquiridos mediante la investigación y en las lecciones derivadas de programas previos*”.

### B. Tratamiento del problema.

“10. Los programas de reducción de la demanda deberán abarcar todos los aspectos de la prevención, desde la tarea de desalentar el consumo inicial hasta la de reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas. Deberán incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, post tratamiento y reinserción social. Deberá brindarse pronta ayuda y acceso a los servicios a quienes puedan necesitarlo”.

### C. Forja de asociaciones.

“11. Un enfoque de asociación y amplia participación de toda la comunidad es un factor decisivo para una evaluación exacta del problema, la identificación de soluciones viables y la formulación y ejecución de políticas y programas adecuados...”.

“12. Los esfuerzos de reducción de la demanda deben estar integrados en las políticas de bienestar social y de fomento de la salud y en programas de educación preventiva de más amplio alcance”.

#### D. Concentración en las necesidades especiales.

“13. Los programas de reducción de la demanda deberán estar concebidos de modo que respondan a las necesidades de la población en general, así como a las de determinados grupos de población, prestando especial atención a la juventud. Dichos programas deberán ser eficaces, pertinentes y accesibles a los grupos más expuestos a este riesgo, teniendo en cuenta las diferencias de género, cultura y educación”.

#### E. Difusión del mensaje correcto.

“15. La información que se utilice en los programas educativos y de prevención deberá ser clara, científicamente exacta y fiable, culturalmente válida, oportuna, y de ser posible, previamente ensayada en alguna población destinataria. Deberá hacerse todo lo posible para asegurar su credibilidad, evitar el sensacionalismo, promover la confianza e incrementar la eficacia”.

## 2. Segunda cumbre de las Américas

En la *Segunda Cumbre de las Américas*, efectuada en Santiago de Chile, abril 1998, en el Plan de Acción a propósito de la Prevención y Control del Consumo Indebido y del Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas y otros Delitos Conexos, los gobiernos acordaron que “fortalecerán los esfuerzos nacionales y la cooperación internacional para:

“Perfeccionar sus políticas y planes nacionales en el ámbito de la prevención del consumo indebido de drogas e incrementar las medidas principalmente a nivel comunitario, educacional y hacia los grupos más vulnerables, tales como los niños y jóvenes, para impedir el crecimiento y la propagación de dicho consumo y eliminar los estímulos financieros del tráfico ilícito”.

## 3. Comisión interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD)

### Estrategia antidrogas en el hemisferio

#### Reducción de la demanda:

“11. Los países del Hemisferio reconocen que el uso indebido de drogas constituye una grave amenaza a la vida y la salud, no solo de quien las consuma, sino también para la comunidad en general. La forma en que ha evolucionado este problema demuestra que la reducción de la demanda debe ser un componente clave de las políticas para hacer frente al problema.

12. La demanda sigue siendo una poderosa fuerza que impulsa la producción y el tráfico de drogas. Cada país de la comunidad global tiene la responsabilidad de abordar el tema de la demanda y disminuir este incentivo. Los países del Hemisferio reconocen la necesidad de continuar considerando la reducción de la demanda como una prioridad de la política antidrogas, que comprenda programas integrales de reducción de la demanda y de aplicación de la ley.

13. Entre otros elementos esenciales de los programas integrales de reducción de la demanda, se considerarán, *la investigación, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la reinserción social, el desarrollo de programas, la educación, la capacitación, la acción comunitaria, la*



elaboración de políticas y la aplicación de medidas orientadas a crear una mayor conciencia social en contra del consumo de drogas y alentar a quienes no consumen para que no lo hagan.

14. Los programas nacionales de reducción de la demanda tendrán en cuenta las condiciones culturales, sociales y económicas de los grupos de población a los cuales se dirigen. De igual forma *fomentarán el diálogo con instituciones de enseñanza e investigación y con organizaciones no gubernamentales*, a fin de lograr una mejor comprensión de las tendencias y manifestaciones del problema de la demanda de drogas y su evolución en el tiempo, así como la posibilidad de emplear criterios científicos para medir los resultados de las estrategias desarrolladas.

15. También deberían considerar la promoción de espacios de participación ciudadana, la difusión sobre los efectos nocivos del consumo de drogas a través de los medios masivos de comunicación y el tratamiento y la rehabilitación de drogadictos, así como otras medidas alternativas. Los países podrán solicitar asistencia a la OEA/CICAD y al PNUFID para el desarrollo de programas y estrategias de reducción de la demanda, así como para *el desarrollo de sistemas de base científica que les permita conocer las dimensiones y tendencias del fenómeno de la demanda y evaluar los resultados de las estrategias adoptadas*.

16. En tal sentido, los países fortalecerán sus programas de educación preventiva para reducir el consumo, los niveles de dependencia y las consecuencias del uso de drogas. La elaboración de programas eficaces de prevención depende de una estrecha colaboración, consulta y asociación con la comunidad. Dichos programas estarán especialmente dirigidos a los grupos de alto riesgo.

17. La recolección, el análisis y la difusión de información son componentes importantes de la reducción de la demanda y sirven para identificar los grupos de alto riesgos, sus características y necesidades, los obstáculos a la prevención y el tratamiento y las tendencias emergentes.

18. El tratamiento y la rehabilitación proporcionan a los consumidores de drogas los medios para romper con el uso indebido y vivir vidas más libres, saludables y productivas, y constituyen un deber ético de la sociedad en general.

19. Cada país deberá realizar un esfuerzo especial para compartir con otros su experiencia y conocimientos en este campo con el fin de optimizar los programas de reducción de la demanda en el Hemisferio."

## Anexo 2

### Consensos básicos para la prevención en Chile: protocolo de acuerdo intersectorial 2000-2010

#### 1. Antecedentes

El producto que aquí se presenta es resultado de la tercera fase de cooperación técnica entre el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes del Gobierno de Chile (CONACE), y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La primera fase tuvo por objeto el diagnóstico y la evaluación de la Política y el Plan de Prevención y Control de Drogas del Gobierno de Chile. La segunda, realizada sobre la base de los resultados obtenidos en la primera fase, se abocó a propuestas para avanzar en la Política y el Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas. Los resultados de este Proyecto en sus dos primeras fases, así como la retroalimentación generada por la difusión de los documentos generados por dicho Proyecto, llevó a la necesidad de una tercera fase, de menor duración y perfil, consagrada a un objetivo más acotado y específico, a saber: el de lograr consensos básicos sobre cómo entender, fundamentar y normar la prevención del consumo de drogas en Chile.

En efecto, las fases anteriores de la cooperación técnica CONACE-CEPAL llevaron a largas discusiones y debates sobre los principios rectores de la prevención, y por lo mismo, a la clara necesidad de construir consensos intersectoriales en esta materia. Dado que en la propia institucionalidad del CONACE ya estaba en funcionamiento un Comité Coordinador de Prevención, y que este Comité agrupaba en un régimen establecido de trabajo a representantes de todos los estamentos públicos con responsabilidades en la prevención del consumo de drogas, se procedió a circunscribir la actividad de esta tercera fase a dicho Comité. De modo que la dinámica que rigió esta tercera fase fue insertar, en el funcionamiento habitual del Comité, mecanismos de coordinación, asesoría y expertise para avanzar en un protocolo de consenso.

Estos mecanismos plasmaron en una secuencia mensual de reuniones para las cuales se agendaron temas sucesivos, se produjeron insumos, se dirigieron debates, se desgrabaron dichos debates, y se invitaron expertos tanto nacionales como internacionales. En ese proceso se procedió mediante consensos contruidos iterativamente por los miembros del Comité y los asesores técnicos de la CEPAL, que plasman en el presente documento. Importa consignar que no se trata ni de una estrategia de prevención ni de un programa de prevención que se desglosa en un conjunto de planes, sino de *un protocolo que explicita los criterios básicos que deben fundamentar y normar los programas y planes de prevención*. Por lo mismo, se ha intentado producir un documento breve, normativo y consensuado.

A continuación se presentan, pues, los criterios básicos de prevención plasmados consensualmente por los participantes en el Proyecto de Cooperación Técnica CEPAL-CONACE, relativo a “Consensos Básicos para la Prevención en Chile: Protocolo de Acuerdo Intersectorial 2000-2010”. Como ya se señaló, dicho Proyecto reunió en cinco sesiones de Seminario-Taller, en la sede de CEPAL, a los participantes del Comité Coordinador de Prevención del CONACE. Estas sesiones, así como el trabajo de registro y planificación entre ellas, fueron apoyadas con la asesoría técnica de la CEPAL. Otros consultores fueron convocados por su competencia técnica a las reuniones realizadas, según cuales fuesen los temas específicos a tratar en cada una de ellas.

El Protocolo presentado ha sido materia de consenso intersectorial, dado que, como ya se señaló, en el Comité Coordinador de Prevención del CONACE participan activamente representantes de todos distintos estamentos de gobierno que forman parte del Plan y la Política de Prevención del consumo de drogas en el país. Además, el Comité ha contado para esta ocasión con el concurso de representantes de ONGs que trabajan en el campo de prevención del consumo de drogas.

En este marco, las cinco sesiones realizadas en el Seminario-Taller, cada una de medio día de duración, representó un espacio sostenido de discusión de diversos aspectos temáticos y valóricos relativos a los principios que debe regir la prevención del consumo indebido de drogas. El debate realizado en cada reunión fue grabado y transcrito, y alimentó la discusión posterior para ir construyendo los puntos de consenso que se presentan en el presente documento. Por otra parte, para cada una de estas reuniones del Seminario-Taller la asesoría técnica de la CEPAL preparó un documento ad hoc cuyo objeto fue estimular el debate y colocar los puntos de discusión correspondientes en la agenda. También concurrieron documentos y exposiciones de expertos no contratados, y que libremente hicieron aportes a las reuniones. Tales aportes fueron seleccionados conjuntamente por la CEPAL y la dirección del Comité Coordinador del CONACE, apuntando específicamente a la materia de cada reunión del Seminario-Taller.

Además, el Proyecto llevó a cabo en la CEPAL una Reunión internacional sobre “Prevención del consumo de drogas: conceptos normativos y propuestas de buenas prácticas”, los días 25 y 26 de noviembre de 1999, con el concurso de seis expertos internacionales de larga y variada trayectoria en el campo de la prevención del consumo de drogas. Los aportes allí realizados también han sido considerados por el Comité y el Seminario-Taller en la redacción del Protocolo.

El conjunto del material constituido por los insumos escritos, las transcripciones de las reuniones y las exposiciones fue, a su vez, la base sustantiva para que un grupo más reducido de trabajo, compuesto por la asesoría técnica de la CEPAL y miembros coordinadores del Comité, pudiera ir elaborando borradores de Protocolo que luego han sido debatidos más ampliamente. Este proceso iterativo ha llevado a la redacción del Protocolo tal cual se presenta en este documento.

Conforme lo propuso la asesoría técnica de CEPAL y se acordó en la planificación previa de las reuniones del Seminario-Taller, los debates y análisis se programaron en base a tres áreas temáticas. El presente Protocolo se ordena a continuación del mismo modo, a saber: 1) la prevención como información en materia de drogas; 2) la prevención como reveladora de conflictos sociales y culturales, y 3) el marco normativo para gestionar la prevención del consumo de drogas. Además, este protocolo recoge el debate y las propuestas que se hicieron al proyecto de protocolo presentado y discutido en la sesión del Seminario-Taller efectuada el 23 de enero del año 2000.

## **2. El criterio general de la política pública moderna y su aplicación en la prevención del consumo de drogas**

La política de prevención del consumo de drogas, tal como se planteó en el documento final de la segunda fase de cooperación técnica CEPAL-CONACE, (CEPAL, 1999) debe compartir los criterios propios de las políticas públicas modernas.

Esto significa, en primer lugar, que debe regirse por los principios de la democracia política y el pleno respeto al Estado de Derecho. Por lo mismo, debe ser ampliamente informada, debatida públicamente y aprobada por medio de los procedimientos políticos constitucionalmente previstos.

En segundo lugar, dado que el tema del consumo de drogas es hoy uno de preocupación ciudadana y donde se confrontan posiciones divergentes, el tratamiento democrático del problema y su traducción a políticas requiere de la participación dialogante de la ciudadanía, incluyendo allí

una amplia gama de actores concernidos que incluyen los estamentos políticos, los técnicos, las víctimas y la comunidad.

Para constituirse en una política social moderna, la prevención del consumo de drogas debe estar fundada en el saber científico, tanto de las ciencias biológicas como de las ciencias sociales. Este saber debe ser secularizado, para lo cual es importante evitar todo sesgo ideológico o de fundamentalismo moral o religioso. De lo contrario se forma en torno al tema un cúmulo de prejuicios y distorsiones que sólo obstruyen el tratamiento claro, transparente y eficaz del problema en las acciones destinadas a enfrentarlo.

Las políticas de prevención del consumo de drogas deben ser socialmente solidarias con quienes tienen problemas con las drogas. Esto implica que deben ser capaces de acoger y atender, sin restricción ni coacción a quienes padecen por efecto del consumo de drogas.

Asimismo, una política moderna debe ser culturalmente tolerante con quienes usan drogas y no tienen problemas sanitarios o sociales con ellas, evitando estigmatizar a los consumidores. Esto en ningún caso releva de responsabilidad social a los usuarios ni acepta la impunidad personal ante conductas peligrosas de los usuarios o que afectan legítimos intereses y derechos de terceros: derechos a la salud de los menores de edad, a la seguridad en el tránsito ante quienes conducen bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a la seguridad laboral y pública en el mismo sentido, a la protección de determinados espacios o recintos públicos que deben de mantenerse libre del consumo de drogas, prácticas sexuales, porte de armas, de contaminaciones tóxicas, acústicas o visuales del paisaje, etc.

Finalmente, la prevención del consumo debe traducirse en programas y planes que puedan evaluarse respecto de su impacto, y que por lo mismo puedan ir incrementando en el tiempo tanto su eficiencia (racionalización de los recursos), como su eficacia (mejor impacto de los recursos invertidos). Por ende, los espacios privilegiados de la prevención deberán irse corrigiendo según se verifiquen aquéllos más propicios para una prevención efectiva, más susceptibles de información idónea, con mayor posibilidad de participación de los beneficiarios, y más claros en su respeto a los principios del Estado de Derecho y la tolerancia cultural.

### **3. La prevención como información en materia de drogas**

En esta línea temática se partió de la base de que para la prevención del consumo de drogas no basta con comunicar la información sobre los efectos y las consecuencias sanitarias y sociales de su uso indebido y consumo abusivo. Si bien lo anterior es condición necesaria, no es condición suficiente, sobre todo cuando se constata que por lo general los usuarios de drogas están al tanto de dichos efectos y consecuencias.

Por lo tanto, la información sobre efectos y consecuencias debe remitirse a un contexto más fundamental, según la cual la prevención es entendida como alerta ante los conflictos que surgen en las comunidades con la aparición de las drogas y los patrones de uso de las mismas. La prevención debe operar como alerta ante los conflictos preexistentes a su aparición.

Para algunos la información "alarmista" sensibiliza a la población frente al problema y consideran a la información y educación como un arma protectora. Para otros, y esta es la posición con más apoyo en la experiencia, la información alarmista genera zozobra y no sensibilidad en la sociedad y en las comunidades, y además puede provocar una reacción de intolerancia y falta de solidaridad de la comunidad hacia los usuarios con problemas y daños derivados del consumo.

Pero esto no significa que la prevención deba partir planteándose sólo el *por qué* del consumo de drogas. También, y en mayor medida, debe plantearse *para qué* los usuarios consumen, vale decir, cual es la *función de utilidad* de las drogas. Este desplazamiento se justifica doblemente.

En primer lugar, porque las causas que llevan al consumo de drogas, y de allí a los daños por efecto del consumo, son inespecíficas y la ciencia no ha logrado precisar la etiología del consumo. En general se argumentan razones demográficas (sexo, edad, urbanidad), sociales (problemas de socialización en el hogar, la escuela, el trabajo, etc.) y psicológicas (carencias afectivas, débil autoestima, etc.). Pero todas estas situaciones son generales y las padecen tanto quienes consumen como quienes no consumen drogas. En segundo lugar, porque si bien es cierto que el consumo problemático de drogas se asocia, al menos en el tiempo, con procesos de modernización, también estos procesos son padecidos por quienes no consumen drogas: debilitamiento de valores y raíces, mayor incertidumbre vital e inseguridad socioeconómica, menor proyección hacia el futuro, estrés y ansiedad, dificultades para autoregularse sin recurrir a fármacos y uso de los mismos mediante rutinas de autocuidado.

Por lo tanto, cabe preguntarse en este contexto el *para qué* del consumo. ¿Cuál es esta función de utilidad de las drogas? Frente a dicha pregunta, existe un abanico relativamente commensurable de respuestas. Entre ellas, suspender el sentir y el pensar para compensar el estrés ansiógeno, sea alcanzando la inconsciencia o sea reduciendo la experiencia cognitiva a la sensoriedad del cuerpo, y así reponer la economía psíquica perdida.

Al plantear el problema en relación con la función de utilidad que los usuarios adscriben al consumo de drogas, se evitan dos opciones que tienden a ser esquemáticas o restrictivas. La primera es la *etiologización* de la conducta de los usuarios de drogas, que no considera la voluntad del sujeto y su libre determinación cuando opta por modificar sus estados de conciencia. La segunda es la *biologización* explicativa de la conducta humana, que a veces redundante en la estigmatización de quienes asumen conductas diferentes a las que predominan en los patrones culturales vigentes. Ambas opciones presentan problemas de consistencia con el enfoque secularizado que debe regir una política moderna: la etiologización tensiona el respeto a la autonomía del sujeto, y la biologización tensiona el respeto a la diversidad cultural.<sup>10</sup>

Se reconoció consensualmente que es necesario un debate democrático, amplio e informado sobre drogas y su manera de prevenir el consumo de las mismas. La información debe darse como comunicación veraz en la materia. En otras palabras, *la prevención debe incluir información científica y veraz sobre el impacto real de las drogas en la comunidad, la escuela, la familia y la persona*, tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos. Además, la información debe ser lo suficientemente desagregada como para diferenciar los significados y sentidos del uso de las drogas según variados contextos culturales de uso, y según se trate de consumidores motivados por conflictos emocionales, por búsqueda de fuentes de placer o por mero deseo de experimentación.

Es necesario contar con los espacios públicos para comunicar la información científica sobre las drogas, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos. Estos espacios públicos deben permitir informar de manera desagregada, evitar mensajes demasiado generales, y en lo posible con tiempo y posibilidades de diálogo.

Hay que sistematizar los saberes producidos, tales como las encuestas epidemiológicas del CONACE, otros estudios epidemiológicos de diversa extensión y profundidad del Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, UNICEF, Fundación Paz Ciudadana, Instituto Nacional de Seguridad, estudios clínicos y etnográficos sobre consumo, investigaciones criminológicas relacionadas al tráfico y uso de drogas, entre otros. Esto es tanto más importante si se considera que, en política y discurso sobre drogas, se requiere hoy día pasar de una concepción y un escenario de emergencia a otro de normalización y regulación a largo plazo, tanto en materia de acciones como de interpretaciones (CEPAL, 1999). En este sentido es necesario recoger todas las

---

<sup>10</sup> En el Seminario-Taller se expresó un disenso en esto punto, dado que respecto a la voluntad y libertad de los usuarios, algunos participantes sostuvieron que la cultura sobredetermina la voluntad, y que en el caso propio del uso de drogas habría una voluntad autodestructiva, y en el caso del consumo compulsivo, una falta de autonomía de la voluntad.

experiencias disponibles tanto en lo conceptual como en lo pragmático que se viene produciendo en Europa y otros lugares para controlar el consumo arriesgado y peligroso.

Debe tenerse claro *que la mayor parte del consumo de drogas no es problemático*<sup>11</sup>, o al menos no lo es en sus condiciones actuales. Es importante informar esta realidad a la ciudadanía sin pensar (erróneamente) que esta información pueda inducir a desatar el consumo. En Chile las propias estadísticas oficiales muestran que el 17% de la población mayor de 12 años ha usado alguna vez drogas, del cual el 70% no ha vuelto a usarlas nunca, y sólo el 2% hace uso frecuente de ellas. En cambio, hay un serio problema de consumo con alcohol y tabaco, donde más del 50% y 40% de la población hace uso habitual de cada uno de ellos.

El alcohol y el tabaco son sustancias deseadas socialmente en escala mucho más masiva que las drogas prohibidas. A diferencia de estas últimas, las primeras son aceptadas culturalmente pese que afectan a la salud pública de una manera mucho más grave que las drogas controladas o prohibidas. Esto muestra dos puntos que no pueden dejar de considerarse en el tema de la prevención. Primero, que el uso de drogas es un asunto cultural, y no hay correlación entre drogas culturalmente más toleradas y menor o mayor daño provocado por la sustancia misma. Segundo, que en general la conducta es socialmente regulable y autoregulable por las personas. Estas dos consideraciones no implican en absoluto una apología del uso de las drogas, sino sólo la constatación objetiva de hechos que es necesario contemplar cuando se diseña una estrategia de prevención que realmente apunte a reducir el consumo problemático de drogas y/o los daños producidos por efecto del consumo de ellas.

Es necesario *diferenciar entre prevención y promoción de la salud, pues la prevención es siempre específica*. En efecto, la prevención constituye un conjunto de acciones concretas frente a hechos específicos, tales como las medidas sanitarias, profilácticas, de seguridad en el tránsito o en el trabajo, etc. La prevención primaria es alerta sobre los riesgos y daños debido al uso de las drogas y la manera de controlarlos y compensarlos. La prevención es anticipación a los hechos *pero sobre todo a sus consecuencias no deseadas*.

#### **4. La prevención como revelador y procesador de conflictos sociales y culturales**

En las últimas dos décadas, los criterios para regular los problemas relativos a las drogas se han agrupado en dos paradigmas claramente contrastantes: el paradigma de la sociedad libre de drogas y el de la reducción del daño. Entre estos extremos existen instancias intermedias y enfoques alternativos.

En el presente protocolo se propone un enfoque de carácter distinto, según el cual la presencia de las drogas en la comunidad constituye un revelador de algunos de sus contradicciones y conflictos. Trátese de conflictos latentes, implícitos, soterrados, desplazados o negados, tales como el sexismo, la discriminación étnico-racial, las tensiones generacionales y los conflictos derivados de la precarización laboral. En este sentido la prevención es habilitación para responder adecuadamente a los conflictos, sean conflictos preexistentes y/o aquellos desencadenados o incrementados por la presencia de las drogas en las comunidades.

En la preocupación ciudadana por el consumo de drogas se transfieren otras preocupaciones más generales. Dicho de otro modo, la sobrecarga simbólica de la droga viene dada por la

---

<sup>11</sup> Es muy difícil definir y ponderar el consumo problemático (cuándo empieza a ser problemático dicho consumo). En términos generales puede afirmarse que el consumo problemático de drogas es aquel que entraña daños para el consumidor o para terceros, sea en el plano de la salud física, psicológica o afectiva; sean daños derivados de siniestros cometidos bajo el efecto de las drogas o por la alteración de las condiciones de sociabilidad en el usuario de drogas; sean daños en logros educativos y rendimientos productivos por parte del usuario.

proyección desde otros problemas sociales, más o menos difusos, hacia esta sustancia que “concentra” temores y aprehensiones que tienen otro origen. Así, la aprehensión frente al consumo de drogas revela temores y vulnerabilidades respecto de dinámicas sociales que trascienden largamente la droga misma, pero que a la vez se condensan imaginariamente en el uso de drogas.

No es casual, en este sentido, la descalificación de los jóvenes –y sobre todo de los jóvenes urbanos de sectores populares- cuando se habla de la droga. Los jóvenes son objeto de estas generalizaciones porque en ellos se concentra la mayor incertidumbre respecto del futuro, las mutaciones más fuertes respecto de valores y normas, y la mayor exposición a los cambios en estilos de vida. La droga deviene la punta del iceberg para expresar condiciones generales de tipo etario. Pero además los jóvenes son percibidos como una amenaza para los adultos: amenaza a sus visiones de mundo, a su estabilidad laboral porque compiten con mayor formación educativa, y a la autoridad basada en la edad. La punta del iceberg se convierte en caballo de Troya: se utiliza el combate contra las drogas para desposeer de autoridad e interlocución a un grupo etario con quien los conflictos incluyen otros campos.

De manera que la prevención debe partir de este dato, a saber, que tanto el consumo de drogas como las aprehensiones que genera son reveladoras de una gama mayor de conflictos y problemas -conflicto de género, generacional, económicos, culturales, etc.-; y en esos conflictos las partes utilizan su relación con las drogas, sea de aceptación o rechazo (casi atávico), en contra de su oponente funcional.

Si las drogas son a la vez reveladores de conflictos y dinamizadores de los mismos, la prevención deberá esclarecer lo que expresan e impedir su uso perjudicial para la comunidad. La prevención debe revelar y asumir las contradicciones y conflictos de la comunidad, tanto los preexistentes como los generados por la presencia de las drogas, y procesar las tensiones que se dan entre actores “activos” y “pasivos” en el campo del consumo de drogas. Esto permite remitir el problema a su real dimensión, evitando distorsiones comunicacionales que surgen por la resonancia del problema de las drogas. Sólo una vez que se consiga lo anterior será posible reconocer, acoger y atender a esa minoría efectiva que, siendo usuarios de drogas y alcohol, tienen problemas y causan problemas.

De allí la importancia, en materia de prevención, de la conversación como complemento de la alerta y la habilitación ante el consumo de drogas. Porque mediante la conversación se procesan los conflictos que subyacen al consumo problemático de drogas, se diferencian de aquellos que magnifican o transfieren problemas que es preciso tratar en otros campos, se aborda el consumo problemático en su condición de “punta de iceberg” y de “Caballo de Troya”. Vale decir, como un problema que oculta una amplia gama de otros problemas de fondo, y como un tema que demasiado fácilmente se usa para hacer más coercitivo el control social de la población, en especial de los jóvenes.

En este marco enfrentamos dos tipos de desafíos distintos en la prevención. El primero es prevenir el abuso que un actor puede hacer de otro a partir del problema de las drogas, descalificándolo y estigmatizándolo, precisamente por la condición de “punta de iceberg” y “caballo de Troya” de las drogas. Aquí juega un papel central la conversación ciudadana. El segundo es prevenir las consecuencias indeseadas del consumo de drogas propiamente tal, en términos de daños para la salud y la sociabilidad de los usuarios y de los indirectamente afectados.

En esta línea en que las drogas constituyen un revelador de problemas y conflictos sociales vigentes/latentes, no debe estigmatizarse a los potenciales usuarios. El uso de categorías como *situación de riesgo* o *población vulnerable* pueden ser útiles siempre que no discriminen ni infantilicen a la llamada población de riesgo, y que sirvan específicamente para focalizar solidariamente sobre aquellos usuarios que requieren de ayuda para revertir sus daños, sean

potenciales o efectivos. Por último, es necesario compatibilizar la “lógica de las poblaciones vulnerables” con una visión que privilegie los saberes y capacidades de mediación y gestión de las comunidades ante sus asuntos y problemas, y desde allí plantearse la construcción de estrategias participativas en la prevención.

## 5. El marco normativo para gestionar la prevención del consumo de drogas

Se ha dicho al comienzo del presente protocolo que, como todas las políticas públicas modernas, las concernidas con el consumo de drogas deben ser políticamente democráticas, ideológicamente secularizadas, socialmente solidarias con quienes tienen problemas de abuso o dependencia con drogas y culturalmente no estigmatizadoras con los usuarios “no problemáticos” de drogas, en el entendido de la plena asunción de las responsabilidades sociales y personales que tales conductas conllevan. Considerando los principios recién señalados; y considerando lo propuesto en el punto anterior respecto de la prevención como reveladora/procesadora de conflictos sociales, se postula entonces que *la prevención es, prioritariamente, conversación sobre los conflictos implícitos de la comunidad y sobre los causados por la presencia de las drogas en ella.*

En consecuencia, la prevención debe procesar en la comunidad las contradicciones y/o conflictos entre los sujetos activos y pasivos del uso de las drogas. Hay dos caminos para hacerse cargo de los conflictos: la violencia o la conversación. La conversación no resuelve el conflicto pero sí legitima a sus interlocutores. Además, permite examinar las representaciones de sentido común a la luz de la evidencia científica, y a su vez examinar las posiciones individuales en relación a las de los otros. Por otra parte, la conversación desinfantiliza a los jóvenes, les ayuda a verbalizar sus sentimientos y experiencias y comunicar sus saberes vivenciales a los adultos. En la medida que rompe con la tendencia a la infantilización que predomina en los discursos predominantes sobre el problema de la droga, también invita a la población joven (usuarios efectivos o potenciales) a responder asumiendo responsabilidades por sus comportamientos y opciones.

La conversación debe reconocer para el adulto la alteridad del joven, para el hombre la alteridad de la mujer, para el residente la alteridad del afuerino, para el empleado la alteridad del desempleado. Finalmente, la conversación debe reconocer para los no usuarios de las drogas la alteridad de los usuarios de las mismas, y para éstos la alteridad de quienes se sienten afectados por el uso de drogas y sus conductas no deseables. La conversación es proceso de deconstrucción de representaciones y de construcción de nuevas representaciones donde las mutuas alteridades estén reconocidas.

Pueden servir de referencia y modelo para construir conversaciones en el campo de la prevención, algunas experiencias previas de política preventiva regidas por la misma racionalidad: las JOCAS (Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad del sistema educativo) y las Jornadas sobre Cultura Juvenil y Drogas de la Municipalidad de Santiago. En ambos programas aplicados ya en Chile, el objetivo de la conversación no prioriza la abstinencia ni del sexo ni de las drogas, sino el aprendizaje de los padres en la comprensión de la cultura, afectividad, sexualidad y otras prácticas juveniles, entre las cuales está el consumo de drogas.

La prevención es conversación pero también es *localización territorial* de la gestión. Por lo mismo, se requiere el traspaso de recursos y transferencia de conocimientos y prácticas en prevención a las instituciones que asuman tales funciones, sean los municipios, las organizaciones sociales u otras.

Existen hoy instituciones diseñadas precisamente como depositarias de esos traspasos y ejecutoras de recursos y saberes, a saber, los SISCOP (Sistemas Comunales de Prevención de



drogas, promovidos por el CONACE). Éstos constituyen el esfuerzo público para instalar el tema de la prevención de drogas, su debate y producir sus soluciones en y desde la comunidad. Los SISCOP son una gestión en construcción que es necesario apoyar y promover en el enfoque de prevención aquí planteado.

Existen dificultades para la instalación del nuevo concepto de prevención del consumo de drogas por factores ligados tanto al contexto político internacional y nacional como también por sesgos culturales y valóricos. Sin embargo, tanto los técnicos como los distintos estamentos del gobierno concernidos con el problema, disponen ya de una masa crítica de información que permite un acercamiento más comprensivo del tema. Además, las encuestas periódicas del CONACE ya muestran información empírica que permite delimitar la dimensión real del problema del consumo, que contrasta fuertemente con la idea generalizada (en los medios de comunicación y en distintos sectores políticos), según la cual la droga ha asumido un carácter epidémico y una expansión exponencial en su consumo.

Es necesaria una profunda revisión, investigación y debate respecto de la pertinencia y la práctica de la *prevención temprana*. Dicha prevención, en caso de resultar pertinente, debe estimular, y en ningún caso inhibir, la capacidad de autoelaboración que tienen los niños, adolescentes y jóvenes. Por lo mismo, deberá alentar la conversación participativa a la vez que entregar información científica en un lenguaje accesible a los educandos.

Hay que estar conscientes de que puede ser contraproducente el doble estándar en el que, por una parte, se reprime a los usuarios, y por otra parte se los aborda con la lógica de la prevención. Este doble estándar genera confusión e impide trabajar preventivamente con la transparencia, la confianza y la competencia que se requiere para prevenir riesgos y daños derivados del consumo de drogas.

Por lo mismo, hay que considerar también las alternativas de tratamiento despenalizado del consumo. Esto no significa legalizar el uso. Contrariamente al prejuicio instalado en el juicio gregario, la seguridad ciudadana no se ve fortalecida por la represión de los consumidores de drogas, sino por la minimización de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

Para asegurar la eficiencia y eficacia de la intervención preventiva se debe segmentar entre la población que usa drogas y no tiene problemas, la cual es sujeto de la prevención de riesgos -prevención secundaria- y la población que tiene problemas con el uso, la que debe ser sujeto de prevención o reducción de daños -prevención terciaria-. Lo anterior es indispensable para focalizar la intervención preventiva en función de la efectiva reducción de riesgos y daños derivados del consumo de drogas. Además, la prevención debe discriminar según el daño real y potencial de cada una de las sustancias utilizadas. Debe considerarse que en Chile las sustancias psicoactivas más problemáticas son el alcohol destilado y la pasta base de cocaína entre los jóvenes, así como los psicofármacos entre las mujeres.

Por último es importante recordar que: la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción son partes de una misma intervención en lo comunal; la prevención es una intervención local, con una población específica, con un territorio concreto y con una historia singular; las intervenciones de prevención son sobre los conflictos de la comunidad y se focalizan en las situaciones críticas que emergen en la comunidad; las intervenciones no tienen por finalidad suprimir los conflictos, pero sí apoyar a la comunidad para que ésta pueda mediarlos y así controlarlos.



NACIONES UNIDAS



## Serie políticas sociales

### Números publicados

- 1 Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres? (LC/L.777), septiembre de 1993.
- 2 Ignacio Irrarrázaval, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos (LC/L.812), enero de 1994.
- 3 Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar (LC/L.815), febrero de 1994.
- 4 Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas (LC/L.851), agosto de 1994.
- 5 Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina (LC/L.864), octubre de 1994.
- 6 Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño (LC/L.867), diciembre de 1994.
- 7 María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales (LC/L.898), mayo de 1995.
- 8 Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes (LC/L.923), noviembre de 1995.
- 9 Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar (LC/L.924), diciembre de 1995.
- 10 John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile (LC/L.925), diciembre de 1995.
- 11 Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile (LC/L.926), diciembre de 1995.
- 12 Jorge Katz y Ernesto Miranda, Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), diciembre de 1995.
- 13 Ana Sojo, Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), marzo de 1996.
- 14 Gert Rosenthal y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen I, (LC/L.996), noviembre de 1996.
- 14 Eduardo Bascuñán y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen II, (LC/L.996/Add.1), diciembre de 1996.
- 14 Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y Santiago González Cravino, Aspectos sociales de la integración, Volumen III, (LC/L.996/Add.2), diciembre de 1997.
- 14 Armando Di Filippo y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen IV, (LC/L.996/Add.3), diciembre de 1997.
- 15 Iván Jaramillo y otros, Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), noviembre de 1996.
- 16 Amalia Anaya y otros, Las reformas sociales en acción: educación (LC/L.1000), diciembre de 1996.
- 17 Luis Maira y Sergio Molina, Las reformas sociales en acción: Experiencias ministeriales (LC/L.1025), mayo de 1997.
- 18 Gustavo Demarco y otros, Las reformas sociales en acción: Seguridad social (LC/L.1054), agosto de 1997.
- 19 Francisco León y otros, Las reformas sociales en acción: Empleo (LC/L.1056), agosto de 1997.
- 20 Alberto Etchegaray y otros, Las reformas sociales en acción: Vivienda (LC/L.1057), septiembre de 1997.
- 21 Irma Arriagada, Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo (LC/L.1058), septiembre de 1997.
- 22 Arturo León, Las encuestas de hogares como fuentes de información para el análisis de la educación y sus vínculos con el bienestar y la equidad (LC/L.1111), mayo de 1998. [www](#)
- 23 Rolando Franco y otros, Social Policies and Socioeconomic Indicators for Transitional Economies (LC/L.1112), mayo de 1998.
- 24 Roberto Martínez Nogueira, Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico (LC/L.1113), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina, Volumen I (LC/L.1114), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Metodología para el análisis de la gestión de Programas Sociales, Volumen II (LC/L.1114/Add.1), mayo de 1998. [www](#)
- 26 Rolando Franco y otros, Las reformas sociales en acción: La perspectiva macro (LC/L.1118), junio de 1998. [www](#)

- 27 Ana Sojo, *Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa* (LC/L.1135), julio de 1998. [www](#)
- 28 John Durston, *Juventud y desarrollo rural: Marco conceptual y contextual* (LC/L.1146), octubre de 1998. [www](#)
- 29 Carlos Reyna y Eduardo Toche, *La inseguridad en el Perú* (LC/L.1176), marzo de 1999. [www](#)
- 30 John Durston, *Construyendo capital social comunitario. Una experiencia de empoderamiento rural en Guatemala* (LC/L.1177), marzo de 1999. [www](#)
- 31 Marcela Weintraub y otras, *Reforma sectorial y mercado de trabajo. El caso de las enfermeras en Santiago de Chile* (LC/L.1190), abril de 1999.
- 32 Irma Arriagada y Lorena Godoy, *Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: Diagnóstico y políticas en los años noventa* (LC/L.1179-P), Número de venta: S.99.II.G.24 (US\$ 10.00), agosto de 1999. [www](#)
- 33 CEPAL PNUD BID FLACSO, *América Latina y las crisis* (LC/L.1239-P), Número de venta: S.00.II.G.03 (US\$10.00), diciembre de 1999. [www](#)
- 34 Martín Hopenhayn y otros, *Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile* (LC/L.1247-P), Número de venta: S.99.II.G.49 (US\$ 10.00), noviembre de 1999. [www](#)
- 35 Arturo León, *Desempeño macroeconómico y su impacto en la pobreza: análisis de algunos escenarios en el caso de Honduras* (LC/L.1248-P), Número de venta S.00.II.G.27 (US\$10.00), enero de 2000. [www](#)
- 36 Carmelo Mesa-Lago, *Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI* (LC/L.1249-P), Número de venta: S.00.II.G.5 (US\$ 10.00), enero de 2000. [www](#)
- 37 Francisco León y otros, *Modernización y comercio exterior de los servicios de salud/Modernization and Foreign Trade in the Health Services* (LC/L.1250-P) Número de venta S.00.II.G.40/E.00.II.G.40 (US\$ 10.00), marzo de 2000. [www](#)
- 38 John Durston, *¿Qué es el capital social comunitario?* (LC/L.1400-P), Número de venta S.00.II.G.38 (US\$ 10.00), julio de 2000. [www](#)
- 39 Ana Sojo, *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica* (LC/L.1403-P), Número de venta S.00.II.G.69 (US\$10.00), julio de 2000. [www](#)
- 40 Domingo M. Rivarola, *La reforma educativa en el Paraguay* (LC/L.1423-P), Número de venta S.00.II.G.96 (US\$ 10.00), septiembre de 2000. [www](#)
- 41 Irma Arriagada y Martín Hopenhayn, *Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina* (LC/L.1431-P), Número de venta S.00.II.G.105 (US\$10.00), octubre de 2000. [www](#)
- 42 *¿Hacia dónde va el gasto público en educación? Logros y desafíos, 4 volúmenes:*  
Volumen I: Ernesto Cohen y otros, *La búsqueda de la eficiencia* (LC/L.1432-P), Número de venta S.00.II.106 (US\$10.00), octubre de 2000. [www](#)  
Volumen II: Sergio Martinic y otros, *Reformas sectoriales y grupos de interés* (LC/L.1432/Add.1-P), Número de venta S.00.II.G.110 (US\$10.00), noviembre de 2000. [www](#)  
Volumen III: Antonio Sancho y otros, *Una mirada comparativa* (LC/L.1432/Add.2-P), Número de venta S.01.II.G.4 (US\$10.00), febrero de 2001.  
Volumen IV: Silvia Montoya y otros, *Una mirada comparativa: Argentina y Brasil* (LC/L.1432/Add.3-P), Número de venta S.01.II.G.25 (US\$10.00), marzo de 2001.
- 43 Lucía Dammert, *Violencia criminal y seguridad pública en América Latina: la situación en Argentina* (LC/L.1439-P), Número de venta S.00.II.G-125 (US\$10.00), noviembre de 2000. [www](#)
- 44 Eduardo López Regonesi, *Reflexiones acerca de la seguridad ciudadana en Chile: visiones y propuestas para el diseño de una política* (LC/L.1451-P), Número de venta S.00.II.G.126 (US\$10.00), noviembre 2000. [www](#)
- 45 Ernesto Cohen y otros, *Los desafíos de la reforma del Estado en los programas sociales: tres estudios de caso* (LC/L.1469-P), Número de venta S.01.II.G.26 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)
- 46 Ernesto Cohen y otros, *Gestión de programas sociales en América Latina: análisis de casos, 5 volúmenes:*  
Volumen I: *Proyecto Joven de Argentina* (LC/L.1470-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001.  
Volumen II: *El Programa Nacional de Enfermedades Sexualmente Transmisibles (DST) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) de Brasil* (LC/L.1470/Add.1-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)  
Volumen III: *El Programa de Restaurantes Escolares Comunitarios de Medellín, Colombia* (LC/L.1470/Add.2-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)  
Volumen IV: *El Programa Nacional de Apoyo a la Microempresa de Chile* (LC/L.1470/Add.3-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)  
Volumen V: *El Programa de Inversión Social en Paraguay* (LC/L.1470/Add.3-P), Número de venta S.01.II.G.5 (US\$10.00), enero de 2001. [www](#)

- 47 Martín Hopenhayn y Alvaro Bello, Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe.(LC/L.1546), Número de venta S.01.II.G.87 (US\$10.00), mayo de 2001. [www](#)
- 48 Francisco Pilotti, Globalización y Convención sobre los Derechos del Niño: el contexto del texto (LC/L.1522-P), Número de venta S.01.II.G.65 (US\$ 10.00), marzo de 2001. [www](#)
- 49 John Durston, Capacitación microempresarial de jóvenes rurales indígenas en Chile (LC/L. 1566-P), Número de venta S.01.II.G.112 (US\$ 10.00), julio de 2001. [www](#)
- 50 Agustín Escobar Latapí, Nuevos modelos económicos: ¿nuevos sistemas de movilidad social? (LC/L.1574-P), Número de venta S.01.II.G.117 (US\$ 10.00), julio de 2001.
- 51 Carlos Filgueira, La actualidad de viejas temáticas: sobre los estudios de clase, estratificación y movilidad social en América Latina (LC/L 1582-P), Número de venta S.01.II.G.125 (US\$ 10.00), julio de 2001.
- 52 Arturo León, Javier Martínez B., La estratificación social chilena hacia fines del siglo XX (LC/L.1584-P), Número de venta S.01.II.G.127 (US\$ 10.00), agosto de 2001.
- 53 Ibán de Rementería, Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención (LC/L. 1596-P), Número de venta S.01.II.G.137 (US\$ 10.00), septiembre de 2001.

### Otras publicaciones de la CEPAL relacionadas con este número

Aprendiendo de la experiencia: propuestas para avanzar en la política y el plan nacional de prevención y control de drogas. (LC/R.1885)

El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la División de Desarrollo Social, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile. No todos los títulos están disponibles.

- Los títulos a la venta deben ser solicitados a Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, [publications@eclac.cl](mailto:publications@eclac.cl).
- [www](#): Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre: .....

Actividad:.....

Dirección:.....

Código postal, ciudad, país: .....

Tel.: ..... Fax:..... E.mail: .....