

La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo

Nick Heather

Alex Wodak

Ethan Nadelmann

Pat O'Hare

grup igia

Con la colaboración de:



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social
Direcció General de Drogodependències
i Sida



**Diputació
Barcelona**
xarxa de municipis



Traducción y revisión técnica:

Anna Rodés
Sylvie Grüngras
Bibi Escalas
Carmen Aceijas
Nuria Berlanga
Fernando Santullo
Mauricio Sepúlveda
José Carbonell
Miguel de Andrés

Título original: Psychoactive drugs & Harm reduction: From faith to science. Nick Heather, Alex Wodak, Ethan Nadelmann, Pat O'Hare. Whurr Publishers. London. 1994.

Citación recomendada: Título y nombre del autor del capítulo. En: La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo. Nick Heather, Alex Wodak, Ethan Nadelmann, Pat O'Hare. Publicaciones Grup Igia. Barcelona, 2004.

Derechos de autor adquiridos por Grup Igia a Whurr Publishers Ltd. London. La reproducción, utilización y difusión de este libro o de alguna de sus partes es un objetivo de Grup Igia, por lo que está autorizada, siempre y cuando se respete la citación recomendada.

Publicaciones Grup Igia
Enric Granados 116 1º 2ª
08008 Barcelona (E).
Tel: 34 934152599
info@grupigia.com
www.igia.org

PROLOGO

De la reducción de daños a las políticas de salud en drogodependencias: seguir repensando las drogas

Grup Igia

En el año 1984 Grup Igia publicó su primer libro: “Repensar las drogas”. Este título expresaba en ese momento los principios, pensamientos y fundamentos que estaban en la base de nuestra identidad. Habiendo alcanzado ya la madurez de dos décadas, seguimos pensando y repensando el asunto, convencidos de la necesidad de seguir en esa ruta.

En estos últimos años nuestra asociación ha trabajado en diferentes proyectos favoreciendo la corriente de lo que se ha llamado la reducción de daños. Este concepto nos llegó a principios de los años 90 desde el norte de Europa y ha ido adaptándose y desarrollándose de forma muy heterogénea en diversos territorios.

En estos momentos estamos convencidos de haber tocado fondo y de la necesidad de definir nuevas metas. La reducción de daños nos ha sido de gran utilidad para comprender, actuar, pensar y repensar...Pero hoy creemos que es necesario un cambio de horizonte y de principios. La reducción de daños está situada en un escenario de ambigüedad y confusión. ¿Se trata de ideas, filosofía, programas, servicios, ciencia, política...? ¿con qué objetivos? ¿cómo se evalúan? ¿a quién se dirigen?

La noticia es que esa corriente ha producido una evolución en las prácticas y formas de pensar el fenómeno de las drogas y su impacto en la sociedad.

Las políticas públicas son el marco en las que se ejecutan las acciones. No creemos que la evolución de la reducción de daños en nuestros territorios haya realmente impregnado este nivel. Es por ello que nos autorizamos a la construcción de un nuevo marco de referencia para orientar nuestro trabajo que se denomina “Políticas de Salud en Drogodependencias”. Creemos que este concepto clarifica lo que realmente pretendemos.

El lector tiene entre sus manos una nueva publicación de Grup Igia. Se trata de unos textos de plena actualidad y su lectura conlleva a un aprendizaje continuo que da prueba de la riqueza de la corriente de reducción de daños: pensamiento que produce más pensamiento.

Este libro se escribió hace 12 años y nos ha costado mucho tiempo traducirlo y publicarlo. No por ello es un libro antiguo. Las experiencias que se describen son acciones locales orientadas a actuar ante situaciones diversas y en variados escenarios. Es por ello que, mas allá de lo concreto, su gran riqueza se halla en los procesos, orientaciones e ideas que paralelamente van generando. Es por ello que es un libro mágico.

El título del libro ha sido pensado y repensado. No es el resultado de una traducción literal del original en inglés que nos habría llevado a un disonante “De la fe a la ciencia”. “La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo” refleja mejor la esencia de este trabajo. Cada capítulo da a entender una forma de pensar o actuar ante una situación dada. Por ello es un libro que abre el pensamiento.

Grup Igia sigue pensando y actuando con el convencimiento que el fenómeno de las drogas y las formas de abordarlo deben dar más énfasis a dimensiones poco desarrolladas como cultura, sociedad, comunidad, salud, políticas públicas y respuestas locales, entre otras.

Para ello proponemos el diálogo con todos los sectores implicados en el fenómeno de las drogas como la mejor de las herramientas. Hablamos de universidades, de partidos políticos, de gobiernos, de planificadores, de economistas, movimientos sociales, medios de comunicación, sociedad en general, etc. La cuestión de las drogas debe ganar más identidad de política que de programas.

Por último agradecemos a las instituciones y a todas aquellas personas que nos han seguido apoyando en el desarrollo y divulgación de estos planteamientos.

Grup Igia
Barcelona, octubre 2004

Prefacio

Este libro es una adaptación de las diferentes ponencias presentadas en la Tercera Conferencia Internacional de Reducción de Daños asociados al Consumo de Drogas que tuvo lugar en Melbourne, Australia, en marzo de 1992. Es el segundo libro que aparece de esta serie de conferencias; el volumen anterior se basaba en la primera conferencia celebrada en Liverpool en 1990 (O'Hare et al., 1992).

Todos los oradores de la conferencia de Melbourne han contribuido en los capítulos del presente libro. Además, otros conferenciantes han sido solicitados para contribuir a los capítulos. Hemos tratado de adaptar las comunicaciones enviadas para la conferencia al formato de un libro. En primer lugar, en vez de seguir un orden arbitrario, los contenidos han sido organizados de manera coherente en secciones. En segundo lugar, la estructura del libro sigue unos temas identificados por los organizadores de la conferencia como de particular relevancia en el campo de la reducción de daños en su actual fase de desarrollo. Por último, el libro ha sido cuidadosamente editado y la versión definitiva de varios capítulos difiere substancialmente del material presentado en la conferencia.

A pesar de la creciente popularidad del concepto de reducción de daños frente a los problemas asociados al consumo de drogas, existe una falta de rigor en la definición de los términos y conceptos clave, y en la evaluación de las políticas y de los programas de reducción de daños. Si los principios y los objetivos de la reducción de daños sirven para demostrar su legítima influencia en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias, y son tomados en serio por legisladores y profesionales de drogodependencias, una entusiasta defensa debe ser ahora suplantada por una claridad conceptual combinada con los ecos empíricos de su evidente eficacia. En breve, la fe en la reducción de daños debe combinarse con las tradicionales virtudes del método científico.

Este punto ha sido ya abordado en algunas publicaciones sobre reducción de daños, entre ellas en el libro *La Reducción de Daños relacionados con las drogas* (O'Hare et al. 1992). En todo caso, los organizadores del encuentro de Melbourne decidieron que este tema fuera el eje central de la conferencia e invitaron a John Strang, ponente en la Conferencia de Liverpool, a realizar la conferencia inaugural. El capítulo 1 es una versión adaptada y revisada de su ponencia. No todos los capítulos se centran en el tema de la promoción del rigor científico en reducción de daños, pero la mayoría lo tocan de una u otra forma. Varios autores, incluido Strang en el capítulo 1, piden un mayor desarrollo de la evaluación en reducción de daños. Sin embargo, hasta que dispongamos de las evidencias necesarias, los beneficios de la reducción de daños tendrán que ser tomados por ciertos. Como el requisito conceptual es un requisito previo para la evaluación, los investigadores y los legisladores deben ser capaces de distinguir entre la reducción de daños y otras aproximaciones alternativas acerca del uso de drogas y de los problemas que conllevan. ¿Cuál es el distintivo de la idea de reducción de daños hacia los problemas de drogas?

Desde nuestro punto de vista, la característica esencial de la reducción de daños es que comprende un intento de mejorar la salud ajena, las consecuencias sociales y económicas de las sustancias que alteran el humor sin necesariamente exigir una reducción del consumo de esas sustancias. De ese modo, la reducción de daños se distingue de los otros y más convencionales acercamientos a las drogas psicoactivas simplemente por su énfasis sobre la disminución de los problemas que resultan del consumo en vez de ponerlo sobre la

disminución del consumo en sí. Los otros dos capítulos de la Primera Parte sobre *Conceptos y Definiciones* responden ambos a las respectivas perspectivas sobre la reducción de daños de sus autores y sus esfuerzos para esclarecer varias vías de reflexión que pueden haberse vuelto confusas. Así, en el Capítulo 2, Stephen Mugford se pregunta si los que apoyan lo que él llama la típica posición acerca de la reducción de daños están realmente enterados de las implicaciones de sus opiniones. En este desafiante capítulo, Mugford explica que existen serios problemas en la manera según la cual la reducción de daños está generalmente concebida y con las políticas que surgen lógicamente de ello. En el Capítulo 3, Ethan Nadelmann se enfrenta a la delicada cuestión de las relaciones entre la reducción de daños y la legislación sobre las actuales drogas ilícitas; de hecho, identifica una serie de comunidades y hace la diferencia entre varias posiciones en el campo de las políticas de drogas, y particularmente con relación a la situación en los EE.UU.

La segunda parte del libro presenta cuatro perspectivas diferentes de la reducción de daños desde varios puntos de vista, profesionales y académicos. El Capítulo 4, escrito por el Honorable Peter Staples MP, da una idea de la reducción de daños desde la posición del Ministerio para la Familia, la Salud y las Personas Mayores del gobierno australiano –en otras palabras, desde el ministerio responsable de la vigilancia de la Campaña Nacional contra el Abuso de Drogas–. El capítulo de Staples subraya el hecho de que la “disminución de los daños” es el objetivo oficial de la campaña nacional australiana. Está seguido, en el Capítulo 5, por una perspectiva histórica de Virginia Berridge que relata los orígenes de la reducción de daños hacia su desarrollo, mucho antes de los acontecimientos de la epidemia del SIDA. En el Capítulo 6, Julian Cohen aporta una perspectiva educacional de la reducción de daños, acompañada de un muy práctico relato de la Educación para la Reducción de Daños de las Drogas en la región de Tameside, en Inglaterra. Finalmente, en esta sección, Jean Paul Grund y sus colaboradores describen, en el Capítulo 7, un concepto metodológico para entender el uso de las drogas desde el punto de vista de un “estudio experimental de etnografía comparativa”, utilizando algunos conceptos determinantes tales como “los rituales de la regulación”.

La Tercera Parte del libro está dedicada al tema de las *Políticas de reducción de daños*. Primero, en el Capítulo 8, David Hawks explora los impedimentos que pueden existir para una adopción global de las políticas de reducción de daños. En el Capítulo 9, basado en la investigación actual, Robert MacCoun y sus colaboradores del RANG Drug Policy Research Center tratan de la esperanza y de los inconvenientes de utilizar comparaciones transnacionales para examinar los efectos de las políticas de drogas. Luego, en el Capítulo 10, y bajo la forma de una colaboración internacional, dos miembros de la policía, Tjibbe Reitsma de Rotterdam y Dereck O’Connell de Merseyside, describen como la ley de sanciones sirve, en sus respectivas áreas, de estrategia de reducción de daños. Duncan Chappell y Heather Strang del Instituto de Criminología de Canberra, en Australia, se encargaron de la introducción y de un comentario para el debate. En el Capítulo 11, Erik Fromberg explica porque la prohibición es una fase necesaria frente a la falta de cultura respeto de las drogas “extranjeras” en cualquier sociedad y da como ejemplo la historia del cannabis en Holanda, como ilustración de su tesis. Esta sección se cierra con el relato de Gabrielle Bammer y de su colaborador en el Capítulo 12 de sus investigaciones sobre su capacidad de desarrollar un experimento de heroína prescrita en la capital del territorio australiano. Otro de los principales temas de la conferencia de Melbourne ha sido como la importancia de los principios y métodos de reducción de daños para con las drogas lícitas, y particularmente con el alcohol y la nicotina, ha sido descuidada. Existe

una desafortunada tendencia a pensar que la reducción de daños, si no está exclusivamente reservada a prevenir contra la propagación de la infección HIV entre los usuarios de drogas inyectadas, está únicamente dirigida a las sustancias ilícitas como la heroína, la cocaína y el cannabis. Ello ignora el hecho de que, en la mayoría de los países del mundo, las drogas legales son responsables de muchos más problemas de salud y tienen muchas más consecuencias sociales y económicas que las drogas ilegales.

A modo de resultado, en la Cuarta Parte del libro, sobre las *Aplicaciones de las Substancias Específicas*, se incluyen unos capítulos dedicados a este tema. Uno de Michael Russell (Capítulo 13) sobre el potencial de las formas de reemplazar la nicotina en el sentido de la reducción de daños en el fumar; y otro, escrito por Nick Heather (Capítulo 14), sobre los principios de la reducción de daños en aplicación para el tratamiento de los problemas de alcohol. Los capítulos restantes de esta sección tratan de los estimulantes psíquicos (Patricia Erickson: Capítulo 15), del cannabis (John Morgan y sus colaboradores: Capítulo 16) y del MDMA (Ecstasy) (Peter McDermott y sus colaboradores: Capítulo 17). Otro tema muy importante de la conferencia ha sido que el debate previo sobre la reducción de daños había tratado de ignorar su importancia frente a la situación de los países del mundo en vías de desarrollo. En consecuencia, la Quinta Parte de este libro se dedicó a considerar la importancia de los principios, las prácticas y el relato de los resultados de la reducción de daños en las zonas desarrolladas del globo. Cualquier conferencia o publicación que merezca ser considerada como “internacional” debe evidentemente ser consciente del hecho de que el 80% de la población del mundo vive en los países en vías de desarrollo. Los problemas de alcohol y de drogas afines aumentan con más velocidad en numerosos países en vías de desarrollo donde existen muchos menos recursos para contestar a estos problemas que en el mundo industrializado. Por otra parte, como Anthony Hennan subraya en el Capítulo 18, los países desarrollados tienen tanto que aprender sobre la reducción de daños de los países en vías de desarrollo como a la inversa. Este último capítulo trata esencialmente de los efectos nefastos que crean las políticas de drogas desde los países desarrollados sobre el bienestar de los países en vía de desarrollo. Eso viene seguido, en el Capítulo 19, de una discusión sobre las políticas y los programas de reducción de daños en los países desarrollados, escrito por Naotaka Shinfuku, el Consejero Regional sobre Salud Mental y Drogodependencias de WHO Western Pacific Region. Esta parte del mundo es el centro del Capítulo 20, escrito por Sally Casswell, en pos de reducir los daños producidos por el uso de drogas legales en los países del Pacífico en vías de desarrollo. La sección lleva hacia una conclusión, de la mano de Alex Wodak y de sus colaboradores, en el Capítulo 21, sobre “La acumulación de tormento” asociado a la infección del VIH en los países en vías de desarrollo.

El tema de la infección del VIH en los países en vías de desarrollo está incluido también por Des Jarlais y Sam Friedman en sus perspectivas internacionales sobre el VIH-SIDA y los usuarios de drogas (Capítulo 22). En todo caso, el principal motivo para dedicar la Sexta Parte del libro a la *Reducción de daños y al VIH-SIDA* es el reconocimiento de un simple hecho que, a pesar de que su explicación, debe ser interpretado en el término más amplio. El interés en la reducción de daños se ha visto acelerado por la epidemia del VIH y esa sigue siendo la categoría de daños por drogas y afines más importante a la cual están actualmente dirigidas las políticas de reducción de daños.

Además, Des Jarlais y Friedman demuestran que los éxitos conseguidos gracias a las prácticas de reducción de daños en esta área tendrán poderosas consecuencias para la aceptación del concepto entero. La sección final del libro ofrece, en el Capítulo 23, un repaso

de las investigaciones de Matt Gaughwin y David Vlahov, sobre el tema crucial de la transmisión del VIH en centros correccionales y, en el Capítulo 24, un aporte personal de David Herkt sobre el papel de los grupos de usuarios en la lucha contra el SIDA en Australia.

Los participantes de la conferencia de Melbourne, como en conferencias previas de esta serie, representan a una gran variedad de profesionales, con diferentes intereses personales, actitudes hacia los usuarios de drogas y perspectivas básicas sobre la reducción de daños y sus implicaciones en puntos controvertidos, tales como las ventajas de la reforma de las políticas de drogas. Sin embargo, y a pesar de las diferencias -que son inevitables en cualquier agrupación de ideas relativamente nuevas-, pensamos que es realmente apropiado y de gran ayuda hablar del movimiento de reducción de daños.

Este movimiento está tal vez unido en un sentido negativo por su oposición a las inútiles, ampliamente irracionales y, a menudo, aumentadoras de daños, políticas de “guerra a las drogas” y actitudes de “tolerancia cero”; y por un consenso general sobre la necesidad de encontrar soluciones más sanas a los problemas planteados por las drogas psicoactivas. Existe también, entre los que se adhieren a la reducción de daños, amplio consenso sobre el hecho de que los seres humanos siempre han utilizado, y probablemente siempre utilizarán, sustancias psicoactivas y que eso no es necesariamente malo. Mientras algunos quieren llamarlo un “paradigma de evasión”, como lo hace Erickson (ver el Capítulo 15), o usan otros términos, existe una pequeña duda que marca un importante punto en la historia de las teorías formales y las respuestas a las drogas y la reducción de daños. Según Virginia Berridge (ver Capítulo 5) conviene recordar que la reducción de daños tiene una larga genealogía en el campo de las drogas y que el contraste entre los acercamientos de “reducción de uso” y los de “reducción de daños” en la disminución de las consecuencias adversas asociadas al consumo de drogas psicoactivas nunca ha sido dibujado. Estaríamos satisfechos si el presente volumen pudiera contribuir en alguna medida al desarrollo metódico del movimiento de la reducción de daños.

Puesto que este libro no hubiera sido posible sin la Tercera Conferencia Internacional sobre la reducción de daños de las drogas y afines, los editores quieren mostrar su agradecimiento a todos los que han contribuido de diferentes maneras a su éxito. Quisiéramos agradecer en particular a Bill Stronach y Caroline Thompson por asumir la máxima responsabilidad de su organización y a Nick Crofts por sus contribuciones al Comité de Programa que está reflejado en este libro. Las organizaciones del convenio para la conferencia fueron la *Alcohol and Drug Foundation, Victoria* y el *Mersey drug Training and Information Centre*.

Referencias

O’Hare, P.A., Newcombe, R., Matthews, A., buning, E.C. and Drucker, E. (1992). *The Redaction of Drug-Related harm*. London: Routledge.

Nick Heather
Alex Wodak
Ethan Nadelmann
Pat O’Hare

Indice

Capítulo 1

USO DE DROGAS Y REDUCCIÓN DE DAÑOS: RESPUESTAS A UN DESAFIO
JOHN STRANG

Capítulo 2

¿CONDUCE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS HACIA DONDE SUS PROMOTORES IMAGINAN?
STEPHEN MUGFORD

Capítulo 3

LEGALIZACIÓN Y PROHIBICIÓN PROGRESIVA: PAPEL DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS
ETHAN A. NADELMANN

Capítulo 4

REDUCCIÓN DE DAÑOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS Y ALCOHOL EN AUSTRALIA:
UNA PERSPECTIVA DEL MINISTERIO DE GOBIERNO
PETER STAPLES

Capítulo 5

MINIMIZACIÓN DEL DAÑO Y SALUD PÚBLICA: UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA
VIRGINIA BERRIDGE

Capítulo 6

LOGRAR UNA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS ASOCIADOS A LAS DROGAS MEDIANTE LA
EDUCACIÓN
JULIAN COHEN

Capítulo 7

RITUALES DE REGULACIÓN: EL CONSUMO CONTROLADO E INCONTROLADO DE LAS
DROGAS EN EL MARCO NATURAL
J.P. G. GRUND, CH. D. KAPLAN y M. DE VRIES

Capítulo 8

OBSTÁCULOS A LA ADOPCIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO
DAVID HAWKS

Capítulo 9

POLÍTICAS DE DROGAS Y PROBLEMAS: LA PROMESA Y LOS DEFECTOS DE LA
COMPARACIÓN ENTRE NACIONES
ROBERT J. MacCOUN, AARON J. SAIGER, JAMES P. KAHAN y PETER REUTER

Capítulo 10

EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DEL DAÑO EN
ROTTERDARM Y MERSEYSIDE

DUNCAN CHAPPELL, TJIBBE REITSMA, DEREK O'CONNELL AND HEATHER STRANG

Capítulo 11

LA PROHIBICIÓN COMO FASE NECESARIA POR LA FALTA DE CULTURA SOBRE LAS DROGAS EXTRANJERAS

ERIK FROMBERG

Capítulo 12

UNA EXPERIENCIA CON HEROÍNA EN AUSTRALIA: VISTA GENERAL SOBRE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

GABRIELLE BAMMER, BOB DOUGLAS, MICHAEL MOORE y DUNCAN CHAPPELL

Capítulo 13

REDUCCIÓN DE DAÑOS ASOCIADOS AL HÁBITO DE FUMAR: EL INTENTO DE SUBSTITUCIÓN DE LA NICOTINA.

MICHAEL A. H. RUSSELL

Capítulo 14

APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE LA REDUCCIÓN DE DAÑO PARA TRATAR LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR EL ALCOHOL

NICK HEATHER

Capítulo 15

REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PSICOESTIMULANTES

PATRICIA G. ERICKSON

Capítulo 16

CANNABIS: REFORMA LEGAL, USO MEDICINAL Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

JOHN P. MORGAN, DIANE RILEY y GREGORY B. CHESHER

Capítulo 17

ÉXTASIS EN EL REINO UNIDO: DROGA DE OCIO Y CAMBIO SUBCULTURAL

PETER McDERMOTT, ALAN MATTHEWS, PAT O'HARE y ANDREW BENNETT

Capítulo 18

¿REDUCCIÓN O AGRAVACIÓN DEL DAÑO? EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE DROGAS EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS EN UN MUNDO EN EVOLUCIÓN

ANTHONY HENMAN

Capítulo 19

POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

NAOTAKA SHINFUKU

Capítulo 20

CREAR POLÍTICAS PARA REDUCIR LOS DAÑOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS LEGALES EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO DEL PACÍFICO: ¿QUIÉN PUEDE AYUDAR?

SALLY CASSWELL

Capítulo 21

UNA CRISIS DE SALUD PÚBLICA QUE EVOLUCIONA: LA INFECCIÓN POR VIH ENTRE USUARIOS DE DROGAS INYECTADAS EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

ALEX WODAK, ROBERT FISHER y NICK CROFTS

Capítulo 22

SIDA, USO DE DROGAS INYECTADAS Y REDUCCIÓN DEL DAÑO

DON C. DES JARLAIS y SAMUEL R. FRIEDMAN

Capítulo 23

CALCULANDO EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH EN CENTROS PENITENCIARIOS

MATT GAUGHWIN Y DAVID VLAHOV

Capítulo 24

GRUPOS DE USUARIOS DE DROGAS: LA EXPERIENCIA AUSTRALIANA

DAVID HERKT

CAPÍTULO 1

EL USO DE DROGAS Y LA REDUCCIÓN DE DAÑOS: RESPUESTAS A UN RETO.

JOHN STRANG

Tal como se argumentó en la apertura de la Primera Conferencia Internacional de Reducción de los daños relacionados con las drogas en 1990: La fe debe ser reemplazada por la ciencia. “Ha llegado el momento en que el debate sobre la reducción de daños progresa desde el dogma hacia lo científico. La pasión puede haber sido importante en un primer momento, pero en la actualidad se requiere avanzar hacia el estudio objetivo y científico de la política y las dimensiones prácticas de la reducción de los daños”.

En el transcurso de los últimos años han pasado muchas cosas y los intentos de clarificación realizados en este capítulo se deben en gran medida a las diferentes investigaciones sobre la teoría y la práctica llevadas a cabo en el contexto internacional.

El lector de este libro puede ser un profesional del ámbito clínico, de la política o de la comunidad científica que se ha interesado en la reducción de daños desde diferentes ángulos. Cada lector puede tener perspectivas diferentes sobre el uso de drogas y los problemas asociados al consumo. Algunos las ven desde la perspectiva de los tratamientos, o quizás desde las limitaciones de disponibilidad de ellos; otros desde su visión de la moralidad del consumo de drogas y los comportamientos asociados; o quizás desde una visión de libertad y derechos del individuo; o bien desde el debate de la legalización de las drogas.

¿Cuál es la característica que une al movimiento de reducción de daños?. ¿Cuáles son las áreas discordantes, no resueltas que requieren de una amplia investigación? El verdadero activista de la reducción de daños no es necesariamente una persona que se sitúa a favor o en contra del uso de drogas. Simplemente es alguien que se posiciona y actúa ante enfoques, públicos o personales, que repercuten negativamente en la salud o en aspectos sociales y legales asociados al uso de drogas. Una postura predeterminada respecto al uso de drogas como algo intrínsecamente “malo” o “bueno” no tiene ningún significado en este contexto. Así el verdadero activista de la reducción de daños está a favor o en contra de una opción si esta influye en la naturaleza y magnitud de los daños asociados al uso de drogas.

El enfoque de reducción de daños es aplicable a todas las drogas psicoactivas. Hoy en día es uno de los pilares de las políticas públicas. La historia de la reducción de daños en el terreno de las drogas se inicia en los años 70 (véase Berridge, Capítulo 5, en este volumen). Al final de los años 60 y principio de los 70, algunos servicios de drogodependencias de Londres iniciaron dinámicas educativas sobre técnicas de inyección dirigidas a los consumidores e instalaron salas en las que sus clientes podían inyectarse. No está bien documentado el proceso por el que estas salas fueron cerradas. La literatura *underground* sobre las drogas empezaba a proporcionar consejos claros sobre como reducir los daños a finales de los 60. En el Reino Unido, el Instituto para el Estudio de la Dependencia de Drogas (ISDD) planteó la reducción de daños en el contexto escolar a fin de reducir la magnitud y severidad del daño producido por la inhalación de disolventes volátiles (ISDD, 1976, 1980). La reducción de daños se expresó en Italia a través de una iniciativa para eliminar los controles de la venta de agujas y jeringas en los supermercados, después de una epidemia de hepatitis B en los 70 (Tempesta y Di Gianantonio, 1990). En los Países Bajos, a principios de los 80, se adoptó formalmente, llegando a ser la base racional, no sólo de los programas de metadona de bajo umbral, sino

también de los programas de intercambio de jeringas establecidos por la "Junkiebonden", posteriormente incorporados por los servicios institucionales (Buning, 1990; Engelsman, 1991).

Algunos activistas de la reducción de daños sostienen que necesitamos realizar un esfuerzo en clarificar los conceptos, definir las actuaciones y evaluar científicamente su impacto. En el momento actual, en algunos países, este argumento es adecuado, en otros países esta idea no es adecuada. Es probable que la falta de un conjunto claro de conceptos y definiciones sobre la reducción de daños se presente como un problema en el desarrollo de esta área política y práctica. Newcombe (1992) ha defendido que "el desarrollo de conceptos específicos clave es importante, porque nos permite medir la eficacia de las intervenciones, y la medida es la base de la evaluación". La función final del modelo es ayudar a los responsables políticos y a los proveedores de servicios a decidir qué daños están intentando reducir de modo que sea posible la evaluación científica. Es evidente que la ausencia de una legitimización social de la reducción de daños interferirá en el desarrollo de las políticas de drogas y en su incorporación a la práctica. En este sentido debemos estar atentos a la evolución de la investigación y la formación, áreas clave que afectan a las políticas de salud.

¿Daño o Riesgo?

¿Qué es el daño y cómo se relaciona con el riesgo? La reducción de riesgos y la reducción de daños son términos que a menudo son utilizados como sinónimos. Sin embargo, el daño debe ser, ciertamente, nuestro objetivo. El apoyo a las propuestas competentes debería venir determinado por la capacidad de éstas para reducir o aumentar la cantidad de daño acumulada por el individuo, la comunidad o la sociedad.

Riesgo se refiere a la posibilidad de que un evento ocurra; el daño puede ser visto como el evento en sí o como algo con relación a él. Pueden darse momentos en los que escojamos atender a las vías de reducción del riesgo pero esto sólo se dará cuando pensemos que esto puede ser el medio más útil para controlar el potencial daño. Hasta cierto punto, el riesgo podría ser visto como un sucedáneo del daño acaecido (o que probablemente acaecería), de nuevo en los ámbitos individual, comunitario o social.

Uno de los problemas existentes con relación a la evaluación del daño es que éste puede ser difícil de medir directamente. Por ejemplo, puede haber una relación compleja entre el comportamiento original y el daño manifiesto, que puede aparecer mucho más tarde (por ejemplo: varios años después), que puede ocultarse deliberadamente (por ejemplo: como resultado del estigma asociado con las enfermedades de transmisión sexual), o que puede ser muy evidente pero darse en poblaciones ocultas (por ejemplo: entre las prostitutas o entre los grupos que no tienen un acceso ortodoxo a los cuidados de salud).

¿Qué relación existe entre el uso de droga y el daño?

La conducta de riesgo no produce, necesariamente, daños. Por ejemplo, hay muchas personas de 80 años que todavía fuman 20 cigarros al día y que se encuentran, ofensivamente, en forma y sanos. De la misma manera hay individuos que conducen motos o bicicletas sin casco o conducen su coche sin cinturón de seguridad, y muchos de ellos conseguirán evitar el daño asociado. No obstante, la variabilidad individual observada no altera la fuerza de la relación que existe entre las conductas y la probabilidad de que el daño se produzca.

¿Qué tipos de relación puede identificarse entre la conducta de tomar drogas y el daño?: Algunos relacionados con la propia sustancia (derivados del simple uso de la droga) tales como algunos tipos de daños hepáticos y cerebrales asociados al consumo de alcohol o barbitúricos. Otros son asociados con la técnica de uso de drogas (por ejemplo: la parafernalia utilizada), tales como la hepatitis B o la infección por VIH proveniente de compartir el equipo de inyección, o la asfixia del individuo inhalador de aerosoles debido al espasmo de laringe que se produce por la reacción al frío en la parte de atrás de la garganta. Podría haber, además, al menos un tipo más de relación identificable, en el que el daño es asociado con el contexto en el que la droga es consumida: por ejemplo, los accidentes de circulación en estado de embriaguez.

El riesgo: ¿un suceso discontinuo o acumulativo?

¿Cómo aumenta el riesgo con el tiempo? Si el riesgo de contraer la hepatitis B o el VIH por un único episodio de uso compartido de aguja o jeringa puede ser evaluado, entonces, ¿cuáles son las leyes que rigen el modo de calcular el riesgo acumulado ante una conducta continuada?. Los técnicos, políticos e investigadores en el campo de las drogas aún no han empezado a considerar en serio el riesgo acumulativo. Por otro lado, los propios consumidores de drogas ya han tomado una determinación: si Charlie ha estado manteniendo relaciones sexuales sin protección con su novia Jenny y ha estado compartiendo el material de inyección con su compañero regular Henry, entonces se puede llegar a la conclusión de seguir con estos comportamientos. En efecto se puede formar la idea de que continuar con estos comportamientos no representa ningún aumento en el cúmulo de riesgo total al que, hasta ahora, ya se ha estado expuesto.

Es probable que el riesgo atribuible a cada episodio de uso de drogas no sea constante. En principio, nuevas formas de uso de drogas probablemente están asociadas a los niveles más altos de riesgo respecto a determinados tipos de daño - por ejemplo, el daño por sobredosis accidental o el daño por hepatitis B o por infección de VIH -. Posteriormente la reiteración del comportamiento de riesgo puede generar algo de acumulación del riesgo total al que el individuo ha sido ya expuesto, pero el riesgo que añade cada hecho adicional puede ser menor que el de los consumos iniciales por varias razones: Si un contacto sexual o el compartir material de inyección no ha producido una exposición al virus, entonces puede ser que se haya establecido un contacto no-infeccioso.

Una explicación alternativa de este riesgo adicional reducido puede encontrarse en que se ha adquirido un nivel de especialización en el uso de la droga (por ejemplo, aprendiendo las estrategias de higiene en el uso de jeringas o aprendiendo cómo dosificar para evitar los riesgos de la inyección intravenosa o de una nueva droga). Así paradójicamente, a pesar de que el cúmulo total de incremento del riesgo aumenta con la repetición de los episodios, puede darse el caso de que el riesgo por episodio disminuya según pasemos del principiante al usuario más regular. Finalmente, en algunos individuos también puede darse que el riesgo por evento aumente de nuevo a medida que su preocupación, vigilancia cognoscitiva y/o su cautela, se reducen - por ejemplo, debido a la intoxicación continuada o por encontrarse en circunstancias atípicas, como, por ejemplo, la abstinencia involuntaria durante la custodia policial o la prisión -.

El daño: ¿un suceso discontinuo o acumulativo?

Algunos daños pueden considerarse, en efecto, como un episodio único de daño – por ejemplo, el riesgo de un accidente de tráfico por conducir embriagado o el riesgo de infección de hepatitis B o de VIH para el UDVP -. En otros casos, el daño es, en sí mismo, claramente acumulativo - por el ejemplo, el daño hepático en las cirrosis alcohólicas. Aunque en el apartado anterior hemos identificado la infección de la hepatitis B o VIH con un episodio único, podemos obtener una conclusión diferente cuando volvemos a considerarlo como la progresión de una enfermedad, cuando encontramos que el efecto acumulativo de co-infecciones específicas, o del daño inmunológico general que puede aumentar la probabilidad de la hepatitis crónica como enfermedad relacionada con el sida o la evolución de una seropositividad asintomática frente al VIH hacia el sida.

Reducción de daños y minimización del daño

Frecuentemente, estos dos términos son utilizados como sinónimos. Sin embargo, podría ser más valioso utilizarlos para referirse a diferentes tipos de consideraciones. La reducción de daños podría ser vista, quizás, como algo esencialmente operacional (por ejemplo, las políticas de reducción de daños, los programas de reducción de daños, etc.), mientras que la minimización del daño podría ser la meta o el objetivo final a alcanzar. De este modo las estrategias de reducción de daños serían vistas como los medios a través de los cuales podríamos alcanzar el objetivo de minimización del daño. Así el enfoque de minimización del daño podrían razonablemente comprender varios elementos de la reducción de daños.

La consideración del enfoque global de minimización del daño nos lleva a tomar una perspectiva de “equilibrio” en la que puede haber ventajas y desventajas, relacionadas con las características particulares de la reducción de daños. La minimización del daño puede ser considerada, en primer lugar, a nivel individual y, en segundo lugar, a nivel público (el equilibrio entre beneficios y daños para la población en su conjunto, reconociendo la posibilidad de casos de daño individual produzcan beneficio público general).

La misma consideración que se ha dado anteriormente a los conceptos de reducción de daños y minimización del daño, presumiblemente se puede aplicar al aumento del daño y la maximización de daños. Aunque no es probable que tales políticas o prácticas se adoptarían deliberadamente, quizás la importancia principal de estos conceptos es atraer la atención de los responsables administrativos y profesionales en general acerca del impacto de sus decisiones sobre el daño resultante en los individuos y la sociedad en general.

Perspectivas personales versus perspectivas de salud pública

El hecho de que muchas de las respuestas dadas al problema de la infección por VIH entre los consumidores de drogas hayan satisfecho simultáneamente tanto consideraciones de salud personal como pública, ha sido una coincidencia afortunada y conveniente.

Consideremos, por ejemplo, el problema de los barbitúricos intravenosos en el Reino Unido y en Australia durante los años 70 y principios de los 80. De hecho, un ejemplo más contemporáneo del dilema de los barbitúricos se encuentra en el Reino Unido donde, desde mediados de los años 80, ha habido un amplio consumo de benzodiazepinas intravenosas. (Strang, Sievwright y Farrell, 1992). El temazepam estaba disponible en forma de cápsulas

llenas de líquido (conocido como “huevos suaves”) las cuales se inyectaban a través de una aguja muy abierta. Debido a la inquietud que producía esta epidemia en vías de desarrollo y a los informes existentes sobre las complicaciones físicas asociadas, se reformuló la preparación reemplazando la cápsula llena de líquido con una formulación de Gelthix en la que el contenido de la cápsula tenía una consistencia similar a la cera de las velas. Tras esta reformulación hace dos años, la inyección de cápsulas de temazepam ha continuado entre los usuarios de drogas inyectadas quienes incluso quienes informan de las diversas formas de ablandamiento de las cápsulas en el microondas o de la manipulación de los contenidos de Gelthix para que puedan ser inyectados. No es sorprendente que los primeros informes hablaran de un aumento de la morbilidad asociada con dicha inyección, pero que, en cambio, no se disponga de datos válidos acerca de la medida en la que la inyección de temazepam se ha reducido.

En algunas ciudades del Reino Unido, existen informes preliminares de que el temazepam inyectado continúa al mismo nivel mientras que, por otro lado, ha habido una reducción sustancial del número de nuevos usuarios de drogas que dicen haber utilizado recientemente temazepam inyectado. Es muy probable que la reformulación haya dado como resultado un incremento en el daño en aquellos individuos que mantienen el comportamiento, pero que el daño haya disminuido para la mayoría de los usuarios de drogas por que provocó que se inclinaran por el uso de drogas intravenosas más convencionales. El tiempo dirá si esta intervención ha aumentado o disminuido el daño para los individuos concretos y si ha aumentado o disminuido el daño para la colectividad.

¿Cuáles son las dimensiones del daño?

¿Qué ejes o dimensiones pueden ayudar a la descripción precisa (y a la cuantificación) del daño?

En su nivel más simple, el daño puede darse por un suceso aislado encubierto mientras que, en otras circunstancias, es acumulativo. De esta forma, en el primer caso tenemos una única dimensión de la severidad del daño y, en el segundo caso, tendremos algunos daños extendiéndose en un *continuum* (por ejemplo, el grado de daño hepático, el grado de ruptura familiar, el grado de dislocación social, el grado de criminalidad local o el grado de impacto económico a nivel nacional). La descripción del daño a lo largo de un *continuum* no significa necesariamente que la población afectada se encuentre distribuida de forma uniforme a lo largo de dicho *continuum*; puede ocurrir que haya un grupo de individuos o poblaciones situadas a uno u otro extremo del mismo (quizás, lo más probable, en los extremos). El caso de la infección por el virus VIH o por el de la hepatitis B, provee con un ejemplo de un daño dónde la población bajo estudio se halla en uno u otro extremo del *continuum* (de hecho, el concepto de continuo no tiene sentido cuando solamente hay dos categorías posibles). Sin embargo, cuando consideramos la *enfermedad* por VIH o la hepatitis B, entonces puede tener sentido volver al concepto de *continuum*. En este caso encontraremos una proporción sustancial de población - los seropositivos asintomáticos - en un extremo del mismo, y el resto de la población positiva extendida a lo largo del *continuum* según la progresión de la enfermedad.

Pero este enfoque requiere considerar el daño como unidimensional y, aunque en general, en el día a día, sea conveniente considerar la cuantificación del daño de esta manera tan simple, pronto se hace evidente que este enfoque es insuficiente para un estudio más profundo. Para que la medición del daño sea útil, necesitará ser un instrumento más ajustado que el simple contador Geiger que suena lejos en presencia del daño. Al igual que el contador

Geiger, sería posible examinar el fenómeno sobre escalas diferentes, y obtener así un grado de cuantificación. Las descripciones de los problemas del bebedor y del consumidor de drogas han implicado algunos intentos de identificar la naturaleza del daño, así como de las conductas particulares de los usuarios de drogas con las que el daño parece estar asociado. Más recientemente Dorn (1992) ha sugerido que las diferentes dimensiones del daño que pueden ser consideradas incluyen el daño personal, el daño social, el daño legal y el daño financiero.

Newcombe (1992) ha descrito recientemente dos dimensiones - el tipo de daño (sanitario, social o económico) y el nivel en que el daño es experimentado (individual, comunitario o social). Incluso con el uso de esta simple matriz de 3x3, la discusión llega a ser más significativamente descriptiva a la hora de analizar la naturaleza de un daño existente, o hasta que punto sería posible alterarlo. Si se avanza desde el modelo bidimensional para incluir ejes de oportunidad de ataque del daño (a corto y a largo plazo), de duración del daño (temporal a permanente), y de medida de la intensidad de este daño, entonces se habrá hecho un progreso significativo en la cuantificación del daño en consideración.

Cuando la reducción del daño llega por la edad, necesitará ser acompañado por la incorporación general de medidas de los daños que concurren y sobre los que deseamos influir. Algunos de estos daños serán fáciles de medir en las poblaciones visibles, pero se encontrarán problemas para estimar la magnitud del daño en las poblaciones ocultas. (Para una reciente discusión sobre uso de droga y riesgo de VIH en las poblaciones ocultas, ver Lambert, 1990). También se encontrarán problemas para la identificación y cuantificación de daños donde hay un lapsus temporal entre el suceso concreto y la expresión visible del daño (por ejemplo, el cáncer de pulmón y la enfermedad coronaria entre los fumadores de cigarrillos, y la distancia temporal entre la infección por VIH y la infección por hepatitis B y el desarrollo del sida y la hepatitis crónica respectivamente). Otros daños son difíciles de medir porque son experimentados por los individuos, grupos u organizaciones que no son los usuarios de droga directos (por ejemplo, el dolor social y familiar, y las influencias en robos o en la economía nacional).

Las posibles influencias sobre el daño

La Influencia de la disponibilidad

Con las drogas ilegales, la disponibilidad demasiado a menudo se presenta como una relación directamente inversa a los esfuerzos de la prohibición. De hecho, la disponibilidad real está influenciada por muchos otros factores, incluyendo la distribución geográfica del producto, el costo por unidad de dosis, la regularidad de suministro, etc. Por ejemplo, no nos cuestionamos si el oro y la plata están disponibles dentro de nuestras sociedades, pero los obstáculos habituales para el acceso a estos productos, como la limitación de los puntos de venta y lo disuasivo de su coste, contribuyen a una situación poco diferente de la que sería la no-disponibilidad.

¿Hasta qué punto la disponibilidad de un producto (y la manera en que esta disponibilidad se logra) tiene un impacto en la disponibilidad de otro producto?. Por ejemplo, el argumento (quizás célebre en Ámsterdam) de que es posible lograr una separación del mercado del cannabis del mercado de otras drogas ilegales sería un ejemplo del caso donde la manipulación de la forma de la disponibilidad puede ejercer influencia en la disponibilidad real de otras drogas. Esto conduce a la consideración de las diferentes maneras en que la

disponibilidad puede ser manejada, oscilando del extremo de la prohibición total al acceso directo, sin restricción (vea la próxima sección).

Respecto al problema de las agujas y la disponibilidad de jeringas en el Reino Unido, se ha puesto mucha atención en el uso de agujas nuevas y en las formas de intercambio (véase Stimson et al., 1988, 1990), aunque es importante también considerar la adquisición del contador de agujas y jeringas por parte de los farmacéuticos de la comunidad (vea Glanz, Byrne y Jackson, 1989). Sin embargo, la disponibilidad de equipo de inyección es sólo una parte (y probablemente pequeña) del papel que desempeña el sistema de intercambio de jeringas y agujas.

Si la simple disposición de agujas y jeringas es vista como la principal o única función del esquema de intercambio, entonces se puede fácilmente vislumbrar el día en que el componente humano será reemplazado por la máquina. Un ejemplo de esto son las diferentes máquinas distribuidoras que se están desarrollando para proporcionar agujas limpias y jeringuillas basadas en la disponibilidad directa, venta simple o intercambio. Por el contrario, si hay algo más en la actividad del intercambio de agujas aparte de la simple provisión o intercambio de material (y este, probablemente, sea el caso de la mayoría de los profesionales que han tenido vínculos con el sistema de intercambio), entonces se hace necesario identificar estos otros componentes; y, esperemos que a través de esta clarificación, podría ser posible reforzar la eficacia de estos componentes adicionales y eludir la preocupación por la simple provisión o recogida del material

Los métodos de control de la disponibilidad

En la Conferencia de Melbourne en 1989, *Opciones para el Control de Droga*, Rolfe (fondo de documentos inéditos) perfiló las siguientes opciones para el control y la disponibilidad controlada. (1) penas más duras (¿uso?, ¿tenencia?, ¿disponibilidad?); (2) prescripción de drogas (¿qué drogas?, ¿por qué vías?, ¿con qué restricciones en la dosificación?, ¿a qué individuos o categorías de individuos?); (3) licencia de drogas (como en el punto 2); (4) regulación del suministro de la droga (¿venta comercial?, ¿Monopolio gubernamental?); (5) despenalización (¿discrecionalidad en la no-aplicación de la ley?, ¿prohibición parcial?). Las propuestas de Rolfe parecen haber sido considerablemente influidas por las opciones de la política para el cannabis descritas por la South Australian Royal Commission (1979), pero con la consideración adicional de opciones para la disponibilidad prescrita. La ventaja particular de este enfoque es que evita una polarización perjudicial del debate y evitando así el riesgo de que se consideren sólo los dos extremos.

Dentro de este marco, la disponibilidad controlada puede necesitar de una atención particular, al ser claramente un área en el que probablemente planificadores y profesionales estén involucrados activamente. La disponibilidad controlada podría definirse como "la prescripción por un profesional de la medicina de una droga específica a una persona adicta a la misma, con el objetivo de reducir las consecuencias adversas, a nivel sanitario, social y económico, del uso ilegal de drogas". (A. Wodak, comunicación personal, 1992). Implícitas en esta definición se encuentran la identificación de la droga que debe hacerse disponible (y presumiblemente la forma en que se haría disponible), los medios por los que se haría disponible (la prescripción por un profesional médico), la identificación del caso, del individuo para quien la droga estaría disponible (un adicto), y el objetivo perseguido por esta disponibilidad controlada (reducir las consecuencias adversas).

La influencia del coste

A pesar del debate reiterado entre profesionales de la droga así como entre consumidores, de que los usuarios de drogas cambiarán sólo su uso de droga cuando estén listos para hacerlo o cuando ellos “realmente deseen hacerlo por sí mismos”, los economistas (por ejemplo Wagstaff y Maynard, 1988, 1989) han llamado la atención repetidamente sobre la importancia del coste en relación al superávit disponible y su influencia en el consumo *per cápita* cuando es medido a nivel de la población. Así el punto de arranque para una discusión sobre la influencia del precio quizás sería si el incremento del precio llevaría a la disminución del uso.

Sin embargo, ¿cuál es la naturaleza de la relación entre el coste y uso de la droga? ¿El uso está uniformemente distribuido en la población?. Y los cambios económicos en consumo de drogas, ¿son vistos uniformemente por esta población?. ¿Podría haber evidencia de beneficio sustancial de una parte de la población, pero un efecto neutral o incluso nocivo en otras partes de la población?

También es importante examinar los vínculos existentes entre el precio y el uso de la droga. En ciertos daños, la preocupación puede consistir, íntegramente, en hacerse con las cantidades necesarias de la sustancia que se usa (la relación entre el coste y nivel de cirrosis puede ser un ejemplo claro de esta relación). Pero en otros daños (como la infección por las hepatitis B o VIH), el daño puede estar mediatizado por los cambios en la vía y estilo de uso de drogas tanto como por los económicos, lo cual produce una modificación del patrón de uso de drogas o de la vía de uso de drogas que puede implicar un cambio de importancia singular. Por ejemplo, si ante un fuerte incremento del precio en el mercado, o una disminución significativa en la pureza el adicto que fuma heroína cambia su vía de administración habitual por una vía más eficaz como la inyección, entonces, y a pesar de la posible reducción de la cantidad de droga administrada, el daño acumulado habrá sido ampliamente incrementado.

Las influencias de los diferentes productos en el mercado

Las diferentes formas de droga pueden asociarse con daños diferentes en virtud, puramente, de sus posibles vías de administración. La disponibilidad de heroína “sólo para fumar” en el mercado negro no se asociaría con los riesgos de infección de hepatitis B o de infección por el VIH de la misma manera que sí se asociaría la disponibilidad de heroína “sólo para inyección” u otras formas versátiles que pueden consumirse por diferentes rutas de administración.

En la actualidad, las estrategias de control de las aduanas y la policía prestan poca atención a la vía de consumo de la droga aprehendida; una aprehensión de 10 Kg. de heroína no viene acompañada por una consideración de las vías a través de las cuales esta heroína se podría haberse usado, ni del impacto del decomiso en la dinámica del mercado negro en los días o semanas siguientes.

Es posible imaginarse un escenario dónde la incautación bien intencionada de cantidades importantes de heroína fumable puede dejar al adicto fumador de heroína en una situación comprometida que puede conducirle a la primera inyección; a la inversa podría argumentarse que la efectiva prohibición de la heroína “sólo para inyección” y su consecuente

retirada del mercado, unida al suministro adecuado de heroína "sólo para fumar", podría incluso animar cambios saludables como el cambio de patrón de consumo parenteral al inhalado.

Toda este área parece haber recibido poca atención y podría ser digno de una consideración más específica, con la aportación de los estudios de los mercados de drogas legales y otros productos del consumidor. El tema de discusión no se centra en el hecho de que si los factores económicos disminuyen o aumentan la magnitud del consumo, sino en que la relación entre estos cambios de nivel de consumo y los daños acumulados no se ha investigado suficientemente; si esta población usa menos alcohol, nicotina, temazepam o heroína ¿qué impacto tendrá esta reducción sobre las diferentes formas de daño que pueden ocurrir?

¿Ocurren cambios o transiciones en la conducta de riesgo y en el incremento del daño?. Y en ese caso, ¿qué es lo que influencia estos cambios?

Recientemente se ha atraído la atención sobre los cambios significativos que pueden ocurrir en la naturaleza del uso continuado de droga y una forma particular de cambio que, a su vez, constituye una nueva y vigorosa área de investigación, es el cambio de vías de administración (transición entre rutas de administración) (para la discusión de la significancia de las transiciones y la presentación de datos preliminares de EE.UU. y Reino Unido véase Des el Jarlais et al., 1992; Griffiths et al., 1992; Strang et al., 1992a.). Por ejemplo, la vía inicial de uso de la heroína en Londres ya no es la intravenosa; mientras que el 90% de aquellos iniciados a la heroína antes de 1980 habían empezado inyectándose la droga, para los iniciados en los últimos años el utilizar la vía intravenosa es sumamente raro. De hecho, más del 90% de los nuevos usuarios han tomado su primera dosis de heroína con el sistema de "cazar el dragón" (Strang et al., 1992b).

Aunque se sabe que la forma de consumo de "cazando al dragón" es un modelo pujante en el uso de la heroína incluso después de que se haya establecido una dependencia de altas dosis (Gossop et al., 1988), la información actual nos indica que una porción importante de usuarios de heroína podría pasar de una ruta a otra (y quizás retrocedamos a fechas más tardías), tal como habían informado poblaciones en tratamiento (Griffiths et al., 1992; Strang, Heathcote y Watson, 1987). Las poblaciones fuera de tratamiento, están siendo estudiadas en la actualidad (Des el Jarlais et al., 1992; y London Heroin Transitions Study – estudio en progreso).

De particular relevancia para la viabilidad de las estrategias de reducción del daño es el hallazgo de que han ocurrido "transiciones inversas" (una "transición inversa" es el paso de una forma de uso de drogas más nociva como es la inyección en la espalda a una vía no inyectable"). 89 de los 200 usuarios de heroína entrevistados en Londres informaron de que había hecho transiciones. De éstos, un tercio eran "transiciones inversas". ¿Cuáles son los factores que pueden reducir la probabilidad de una transición que aumenta el daño?. O, inversamente, ¿qué influencias hay que tener en cuenta para que se produzca un incremento de la probabilidad de una "transición inversa"?. En futuros estudios sobre transiciones y los factores que las influyen, podría ser importante considerar, así mismo, el paso del consumo de heroína intravenosa al de metadona oral como una transición.

La influencia de la dependencia en las transiciones

El debate sobre los daños asociados al uso de drogas se ha conducido sin considerar la influencia de la dependencia. Dejando a un lado los argumentos sobre la dependencia como un daño físico y psicológico por derecho propio, podría muy bien ser que el alcance con el que la dependencia pre-existe tuviera un efecto modulador significativo sobre la influencia de otros factores, como los cambios en disponibilidad o en el precio. Si sacamos al fumador de heroína de la heroína fumada y le ofrecemos solamente heroína intravenosa, o si al consumidor de heroína inyectada que siempre ha sido escrupulosamente higiénico es encerrado y sólo se le administra heroína con agujas y jeringas prestadas, entonces, entonces ¿el grado de dependencia y/ o la magnitud del fenómeno de la abstinencia influiría en la probabilidad de que se de una transición de incremento del daño?.

Ciertamente, este área debería merecer un estudio más específico, al igual que nos debería hacer fijar la atención en áreas de influencia particular como, por ejemplo, el suministro de opiáceos de sustitución en tiempos de desabastecimiento en el mercado, o la prevención urgente de los síntomas de abstinencia que se desarrollarían subsecuentemente al encarcelamiento .

El Movimiento de reducción de daños y otros grupos lobby

Además, se debería considerar la necesidad de relaciones entre la reducción de daños y otras perspectivas tales como los derechos civiles, la disponibilidad del tratamiento, las sanciones legales, etc.

El debate de la legalización

A menudo existe una confusión entre lo que llamamos minimización del daño (con los elementos específicos de la reducción de daños a nivel práctico y político) y lo que llamamos legalización o despenalización de algunos o de todos los aspectos del uso, la posesión, el suministro, etc., de drogas que son, actualmente, ilegales. Esta confusión es peligrosa, no sólo porque deriva de un pensamiento resbaladizo, sino también porque puede generar una oposición a la propuesta de la reducción de daños que realmente emana de la posición contraria a la legalización.

¿Qué drogas y qué formas de drogas son consideradas? (Por ejemplo, oral, intravenosa, fumable, etc.). ¿Se reivindica la disponibilidad abierta o la reducción de las restricciones a dicha disponibilidad? (Por ejemplo; acceso según la edad, status establecido de adicto, estatus establecido de inyector, etc.). ¿O se reivindican cambios más fundamentales en la estructura legal actual? (por ejemplo; la legalización) ¿o la modificación de la posición legal actual, posiblemente acompañada por cambios en la aplicación de la ley? (Por ejemplo; despenalización, quizás acompañado por desviaciones fuera del sistema judicial).? Aunque la ley pueda ser un asno, hay veces en las que puede ser un asno sorprendentemente sutil (los Halcones, 1976).

La reducción de daños y el debate sobre la prescripción

Los problemas aquí son similares a los de la sección precedente: Pueden haber áreas de solapamiento de los dos temas, pero no es el mismo debate. Para algunos de sus defensores, el suministro o no-suministro de drogas de sustitución parece abarcar casi toda la reducción de daños. Sin embargo, la mayor reducción de daños probablemente se ha logrado en áreas dónde la prescripción es un tema secundario - por ejemplo la educación pública sobre los riesgos de fumar cigarrillos, los riesgos de compartir agujas o jeringas producen cambios sustanciales en la conducta de fumar y en las prácticas de inyección de en las poblaciones afectadas por estos comportamientos, en el sentido de que, o bien éstas cesan, o bien se adaptan para evitar o reducir la probabilidad de aumentar el daño-.

En el libro de comics de adictos "*Smack in the Eye*", (Manotazo en el ojo), el abuelo Smackhead Jones advierte a los inyectores de droga más jóvenes y menos experimentados de los peligros particulares de inyectarse pastillas de dextromoramide (Palfium) por el gran riesgo de sobredosis inadvertida, pero él no necesita recomendar la prescripción de drogas de sustitución para dar este consejo sobre la reducción del daño (Gillman, 1992). Desde la posición del profesional, Fraser y George (1992) describen la incorporación de elementos de la reducción de daños en el papel que juega la policía, y Stover y Schuller (1992) describen cómo los servicios orientados a la abstinencia han tomado parte en la prevención del sida y en las objetivos de la reducción de daños que permiten al usuario de drogas superar la fase de dependencia de las drogas sin daños irreversibles para la salud.

La reducción de daños y el debate sobre el fomento del placer

Abogar por medidas de la reducción de daños no es sinónimo de perdonar o fomentar la búsqueda de placer, ni tampoco oponerse a ella. La confusión más común surge cuando se afirma que lograr una resistencia o prohibir la búsqueda del placer puede producir un aumento o maximización del daño. La cuestión que debe convertirse en el punto de partida de la reducción del daño es que el efecto adverso debe corregirse, y esto quizás puede hacerse con más convicción si separamos los argumentos a favor y contra de la búsqueda del placer. Tanto el hedonista como el puritano pueden aplicar los principios de la reducción de daños.

La reducción de daños y los derechos individuales a la auto-determinación

De nuevo aquí tenemos que hacer distinciones. Estas confusiones sólo debilitan la propuesta de la minimización del daño. Están aquellos que apoyarían de forma apasionada la reivindicación de los consumidores a que se les reconozcan sus derechos individuales, junto a una propuesta de integración en una sociedad más amplia sin discriminación u ostracismo. Pero sin tener en cuenta si esta posición debe apoyarse o no, este es un debate que debería posicionarse claramente lejos del debate sobre el mérito de las estrategias de la reducción de daños. Desde la pura perspectiva de la reducción de daños, el apoyo de las libertades personales de uno u otro grupo de usuarios de drogas debería estar determinado solamente por la magnitud mediante la cual una u otra vía de acción puede ser presentada para producir un aumento de la reducción de daños en general.

La reducción de daños y el enfoque en la abstinencia: ¿conceptos antagónicos?

La abstinencia es un recurso excelente para lograr la reducción del daño y la minimización del daño en la medida en que ésta se alcance y se consolide. El problema surge del elevado número de casos de fracaso en la consecución de la abstinencia. De hecho, incluso puede darse el caso de que el objetivo de la abstinencia resulte en una vuelta más catastrófica al consumo de drogas (el "*efecto de violación de la abstinencia*" descrito por Marlatt y Gordon, 1985). Desde el punto de vista de la reducción de daños la misma posición debe tomarse en este debate como en las otras áreas de solapamiento; el enfoque individual o colectivo debe apoyarse únicamente conforme a la magnitud de los cambios de los daños tomados en consideración.

De hecho, el peligro aparece cuando identificamos las estrategias de reducción de daños como en oposición a los enfoques orientados hacia la abstinencia. Hay programas de abstinencia que, a pesar de esto, incorporan medidas importantes de reducción de daños. Por ejemplo, la primera o segunda semana después del encarcelamiento pueden ser un tiempo de conducta de riesgo atípico entre los adictos a la heroína que, presionados por los síntomas de la abstinencia, se inyectan o comparten agujas y jeringas por primera vez. De ahí que el documento político en Inglaterra (instruyendo a profesionales que trabajan en las prisiones a que ellos deberían suministrar la desintoxicación apropiada con metadona) representase la introducción de un pequeño, pero muy significativo, servicio (El Servicio Médico en la Prisión, 1991).

Existe el riesgo real de que la consideración de la reducción de daños se confunda o diluya debido a la introducción de otros conceptos o debates, y puede ser vital para la supervivencia saludable del debate de la reducción de daños tomar la distancia prudente con otros debates que puedan tener, o no, relación con el mismo. Considérese, por ejemplo, la extensa oposición de los EEUU a las propuestas políticas de reducción de daños. Parece claro que la mayor parte de dicha oposición proviene, de hecho, de la oposición a la actual intento de legalización de las drogas; la confusión en los debates va en detrimento del desarrollo de la práctica y la política de minimización de daños. Es por estas razones (entre otras) que algunos defensores de la minimización de daños han concluido que "es preciso distinguir y distanciar las propuestas de minimización de daños de las propuestas de legalización" (Dorn, 1992).

¿Hay posibles ganancias fáciles?

Algunas de las respuestas que podrían ser consideradas apoyan la idea de reducir el daño a coste cero. (En este contexto, el coste no se entiende como un coste financiero sino como un coste referente al incremento de daños). Sería preferible girar nuestra atención a los ejemplos de medidas de reducción del daño no polémicas, las cuales quizás son pasadas por alto, precisamente, porque no son controvertidas.

Por ejemplo, ¿que hay del programa sobre el conductor designado promovido por la Fundación para el Alcohol y las Drogas en Australia?. Los bares y los hoteles son invitados a participar en un programa "voluntario" en el que alguien del personal de seguridad se acerca a un grupo de bebedores que llegan juntos y les sugiere que deben decidir en esta hora temprana de la tarde quien de ellos conducirá el resto de la tarde, y entonces la dirección del establecimiento proporciona gratis bebidas no-alcohólicas al conductor designado. ¿O que pasa con la iniciativa de añadir suplementos vitamínicos, como la tiamina, a las bebidas

alcohólicas, que fue propuesta hace algunos años, y que nunca ha tenido un empujón suficiente para ser puesta en práctica?. ¿O qué hay del suministro de inmunización para la hepatitis B para los consumidores de drogas inyectadas que aún no han sido infectados?. Desde el punto de vista de la reducción de daños, tales intervenciones parecen indiscutibles; son ejemplos del máximo de beneficios y de costes mínimos. Seguramente serían excelentes proyectos vanguardistas para el movimiento de la reducción de daños.

Además se debería prestar alguna consideración a las opciones más polémicas - por ejemplo, la posible distribución de suministros de naloxona (el opioide antagonista) a usuarios de opiáceos que puedan, posteriormente, ser capaces de dar una inyección salvadora a un compañero usuario de drogas que inadvertidamente sufra una sobredosis, como se ha llevado a cabo recientemente (Strang y Farrell, 1992).

Quizás incluso habría que considerar a las fuerzas represivas (por ejemplo aduanas y policía) para la aplicación selectiva de sus esfuerzos, por ejemplo, para lograr que designen como objetivos específicos determinados tipos de opiáceos intravenosos (heroínas del mercado negro y desvío de drogas farmacéuticas) en lugar de formas fumables, orales o esnifables. Esto podría prevenir los desequilibrios súbitos en el mercado que producen que, de pronto, el dependiente de heroína fumable puede obtener sólo drogas inyectables, e incluso empujar al inyector a dirigirse hacia vías no inyectables como la heroína fumada, la metadona oral o la codeína.

¿Por qué no se presta más atención a estas áreas?. Pueden ser menos fascinantes, pero ofrecen la perspectiva de unos beneficios muy reales para un gran número de usuarios de drogas a un bajo coste. Tanto en un contexto clínico como político, los defensores de las estrategias de la reducción de daños estarían más seguros de ganar la causa argumentando a través de iniciativas firmes, (y tales éxitos iniciales pueden marcar el tono para las consideraciones subsiguientes, más difíciles).

Es decepcionante ver el limitado alcance iniciativas con beneficios de reducción del daño, y es particularmente decepcionante observar el escaso apoyo hacia estos desarrollos indiscutibles. ¡Qué ironía que los defensores de la reducción de daños a menudo pasen por alto estas propuestas tan obvias y elijan en su lugar invitar a la oposición a propuestas mucho más controvertidas!

Conclusiones

Hay quizás tres puntos que necesitan un énfasis particular.

Primero, probablemente la falta de un conjunto claro de conceptos y definiciones sobre la reducción de daños sea la base de los diferentes problemas existentes en el desarrollo de este área política y práctica. A pesar de la existencia de defensores apasionados, y a veces bien organizados, de esta perspectiva diferente sobre la toma de drogas, la falta de una ideología que les legitime supone un obstáculo para el desarrollo a largo plazo de una perspectiva dominante y convincente de la reducción de daños relacionados con el uso de drogas. Por lo tanto, seguirá a medio camino de su incorporación en estrategias de práctica, investigación y formación a nivel tanto personal como de políticas de salud pública. En particular, si hay propuestas serias para promover políticas y prácticas que conduzcan a la reducción del daño, entonces éstas deberán ser acompañadas por una visión clara sobre qué daños necesitan ser considerados y qué tipo de estructura se requiere para explorar las diferentes dimensiones de

daño. ¿Por ejemplo, no se deberían desarrollar medidas de esas dimensiones que fueran fácil y rutinariamente aplicadas en las prácticas clínicas y políticas?

Segundo, la identidad central del movimiento de la reducción de daños requiere la clarificación. ¿Qué lazos de unión deben establecerse con otros grupos de presión en el campo de las drogas?. El movimiento de la reducción de daños puede escoger establecer alianzas con grupos que trabajan en otros temas, pero esto sólo puede hacerse sobre una condición básica que evidencie, al menos, que la alianza propuesta, de hecho reduce el daño (y probablemente reduce el daño incluso cuando sea considerada entre poblaciones y en el tiempo). Así tanto la legalización o la prohibición (o cualquier propuesta intermedia) puede ser incorporada como una estrategia prioritaria de la reducción de daños, una vez se haya establecido que el enfoque propuesto reduce el daño. De hecho, si la política y la práctica de reducción de daños son tomadas en serio, entonces no hay otra opción que ser dirigido por la evidencia que se haga disponible en el futuro acerca de la eficacia de esas diferentes aproximaciones como estrategias de reducción del daño.

Tercero, y último, ¿no se deberían poner en acción alguna de las propuestas menos controvertidas que son más fáciles de implementar para la reducción de daño? Por ejemplo, ¿por qué no se ha extendido aún suficientemente el test y la vacuna contra la hepatitis B entre los consumidores de drogas inyectables, o por qué no se ha puesto en marcha la iniciativa de añadir suplementos de tiamina en las cervezas? Las reducciones del daño serían importantes a un coste mínimo y estas opciones pueden representar excelentes proyectos vanguardistas para el movimiento de la reducción de daños.

El campo de la reducción de daños se ha expandido de forma importante en los últimos años y tiene la oportunidad de convertirse en una influencia dominante a nivel de la práctica, la investigación y formación en el terreno de las drogas, pero sólo si puede establecer una base científica legítima para las medidas de política y de la práctica que se proponen.

CAPÍTULO 2

¿CONDUCE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS HACIA DONDE SUS PROMOTORES IMAGINAN? STEPHEN MUGFORD

Este capítulo es un debate relajado sobre la "reducción de daños". Es un debate porque creo que existen problemas bastante serios en relación a la forma en que la reducción de daños es concebida y sobre si las políticas que emanan de ella son coherentemente aplicadas. Es relajada porque principalmente está dirigida a amigos y seguidores. Sin embargo, al mismo tiempo lanzo dardos a mis enemigos. Empiezo con la caracterización de la posición típica de muchos defensores de la reducción de daños, para después criticarla.

Para ello diferenciaremos cuatro parámetros: una postura moral, una descripción del problema, una propuesta de solución y una recompensa.

Postura moral

El uso de drogas por si mismo no se contempla ni como bueno ni como malo. Más bien se evalúa en términos de los daños a otros y, en alguna medida, de los daños sufridos por el propio usuario. Estos, aunque lamentables, son aceptables si se producen a partir de una "elección informada". Las leyes son adecuadas para prevenir daños a terceros y para reducir la explotación de los usuarios por los traficantes, pero no son la principal barrera al uso basado en una correcta información.

Descripción del problema

Las leyes actuales que prohíben el uso de drogas como la heroína, cocaína y cannabis son inadecuadas. Estas leyes no consiguen los objetivos que sus promotores pretenden (sociedades libres de drogas); sino que más bien crean un vasto mercado negro que proporciona beneficios a los proveedores, peligros a los usuarios y corrompe los sistemas de control. En el ámbito internacional, el tráfico de drogas distorsiona las economías productivas y aumenta la explotación. En los países consumidores la persecución legal produce injusticias y miseria y, especialmente en los EE.UU., está conectado con la desigualdad racial y la represión. No obstante, debido a que las drogas potentes pueden producir serios daños y, dado que el grueso del daño procede de las drogas 'legales', los modelos basados en la simple legalización no son considerados, generalmente, como la respuesta a los problemas de las drogas.

Solución

Consiste en calcular el daño derivado del uso de drogas y perseguir la reducción - idealmente la minimización- de este daño. El daño, como el uso de drogas en sí mismo, no es eliminable pero se podría conseguir, con una cuidadosa monitorización, un estado óptimo de mínimo daño. Muchos defensores de este argumento creen que esta postura moralmente neutral también confiere un amplio rango de beneficios políticos. Si se renuncia a una posición 'prodrogas', uno puede asirse a un 'terreno neutral' y aprovecharse de la idea creciente de que la "prohibición ha fallado y que hemos de probar algo nuevo".

Recompensa

Ya que la prohibición de las drogas es frecuentemente utilizada como una herramienta para la explotación racial y el mantenimiento del poder por parte de las fuerzas políticas de derechas -que, (cínicamente) toman un alto sentido de la moral sobre las drogas como tapadera de otras intenciones-, promocionar la reducción de daños (y por tanto minar esta posición de derechas), lo sitúa a uno en 'el lado de los buenos', a favor de la libertad individual, contra la explotación y contra la extensión excesiva de los poderes policiales.

Los argumentos centrales de mi planteamiento pueden resumirse en relación a este esquema. Primero, acepto la descripción del problema. Aunque hay muchos matices por clarificar, es una perspectiva útil. Del mismo modo creo que la postura moral es ampliamente defendible. En este capítulo no tengo nada más que decir acerca de ellos.

A pesar de que en el pasado yo también solía aceptar la solución y la recompensa, hoy en día tengo profundas sospechas acerca de ellas. Debo argumentar que la reducción de daños ha de ser contemplada más críticamente para que no desemboque o tome direcciones insospechadas e inoportunas. Mi crítica recae en dos aspectos que trataré de explicar en los siguientes párrafos.

La reducción de daños en la práctica

Para que la reducción de daños sea de alguna utilidad es preciso agregar otros tipos de daños. Debe sospecharse de aquellas políticas que reducen un tipo de daño a expensas de aumentar ampliamente otros. ¿Vale la pena salvar veinte vidas que podrían haberse perdido por el uso de drogas si el coste alternativo fuera de cien vidas perdidas por accidentes de tráfico ocasionados por las drogas?. Por supuesto que no,... ¿qué pasaría si se salvaran veinte vidas pero el coste alternativo fuese de dos mil personas adictas a una droga, o la pérdida de 200 personas/año de productividad?

Para resolver esta adivinanza se plantean dos alternativas. O bien no se pueden medir los distintos daños con la misma escala, en cuyo caso la reducción de daños es una reivindicación vana, o debemos encontrar una escala universal y trascontextual para establecer el daño. En la sociedad moderna, sólo existe una escala universal así: el dinero. En efecto, el dinero, esta mercancía neutral, racional, gris y amoral es la medida de todas las cosas (Marx, 1976; Simmel, 1978; véase también Turner, 1986). Por lo tanto, la reducción de daños debe ofrecer un análisis coste-beneficio de las políticas de drogas, ya que sino el daño queda sin medir y no se pueden preparar opciones de reducción de daños.

Si aceptamos el papel del análisis coste-beneficio, surgen más preguntas. Un elemento central es la distribución global de los costes bajo regímenes diferentes de regulación y la cuestión de cómo se deben cambiar patrones de consumo individual para avanzar en la dirección de la reducción de daños. Lo analizaremos punto por punto.

¿Qué es la distribución global de los costes bajo distintos regímenes de regulación?

He sugerido dos ejes de diferenciación de la reducción de daños (Mugford, 1991a, b). El primer eje concierne al daño experimentado por el usuario (*daño directo*) u otra persona o

grupo (*daño indirecto*). El segundo eje concierne aquellos daños que son *intrínsecos* o *extrínsecos* al uso. (Un ejemplo de este último podría ser la transmisión del VIH por compartir jeringas debido a que los programas de intercambio de jeringas están prohibidos). De la intersección de estos dos ejes resultarían cuatro tipos de daños que se distribuyen de forma diferente (Mugford, 1991b), infiriéndose dos intensas relaciones entre daños y regulaciones*. Primero, los daños intrínsecos-directos, aparecen con el uso y, a su vez, el uso tiende a aparecer con la disponibilidad. Es decir, la relación daño / regulación es una función lineal directa. En la Figura 2.1., ésta se corresponde con la línea a-b. Segundo, otras formas de daño tienden a distribuirse adoptando una curva de tipo U (c-d en la Figura 2.1). Se deduce que el mejor modelo *general* para la relación daño / regulación es la suma de estas dos –es decir la curva con forma de J que enlaza los puntos c y e.

Este es el razonamiento *general*. Para cada droga las funciones exactas variarán. Además, desde que sabemos que las personas cambian del uso de una droga a otra dependiendo del precio y la disponibilidad, las distintas curvas J de las drogas necesitarán ser sumadas hasta formar una curva J global (y actualmente no descrita). Sin embargo, en ausencia de estudios más extensos que aporten datos sobre la variación y sustitución, podemos razonablemente asumir que el efecto neto será aproximadamente como se muestra en la Figura 2.1.

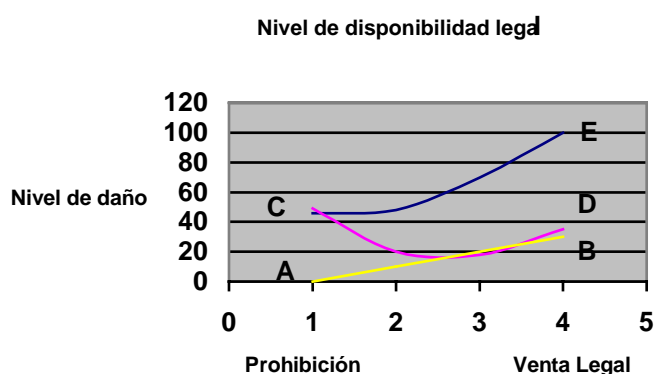


Figura 2.1 Nivel de disponibilidad y nivel de daño

La implicación política de la Figura 2.1 es obvia. La reducción de daños supone buscar el punto más bajo de la curva. Es decir, al máximo tanto de la prohibición como de la venta legal. Sin embargo, si éstas son las únicas opciones disponibles (tanto por razones ideológicas como por otras razones), el punto global de daño de la prohibición (c) está más bajo que aquel que caracteriza la legalización completa (e). De esto se desprende que, comparada con la venta libre, la prohibición puede presentarse como una medida de reducción de daños, y que dicha

* Aquí hago un esbozo conciso, por razones de brevedad. El razonamiento se desarrolla más ampliamente en Mugford (1991b, 1992).

presentación no es ni incoherente ni engañosa. Esto no quiere decir que los prohibicionistas no sean incoherentes o engañosos; en ocasiones son ambas cosas (véase O'Malley y Mugford, 1991b). No obstante, un prohibicionista racional y duro podría utilizar de forma provechosa la plataforma de la reducción de daños. Sospecho que muchos de ellos ya se han dado cuenta.

Sin embargo, ésta no es la única implicación interesante de la Figura 2.1. La curva J nos recuerda la distribución del daño ocasionado principalmente por drogas como el alcohol y el tabaco, legalmente disponibles (punto e), no por las drogas ilegales. Por tanto, una reducción de daños inteligente se debería concentrar en las drogas legales ya que es en ellas donde se puede ahorrar más daño. En los EE.UU. por ejemplo, los esfuerzos deberían dirigirse, no a parar la 'guerra a las drogas' –a pesar de que sea tan destructiva e hipócrita como pueda pensarse- sino a estrangular las industrias del tabaco y del alcohol. Y así sucesivamente.

Así, la reducción de daños podría orientarse a realizar muchos menos esfuerzos en reducir las prohibiciones y mucho más en aumentar los controles sobre las drogas legales. Los defensores serios de la reducción de daños deberían dirigir sus esfuerzos no a reformar las leyes sobre la marihuana, cocaína o heroína, ni a realizar campañas civiles liberalizadoras contra la 'guerra a las drogas', sino a diseñar mejores campañas y prohibiciones más fuertes contra el tabaco y alcohol.

¿Cómo se pueden modificar los patrones de consumo de drogas de los individuos en la línea de la reducción de daños?

Para cada droga, y dentro de un determinado régimen de regulación, ¿cómo se distribuyen los patrones de consumo?. El mejor análisis de ello se basa en la llamada 'curva de Ledermann'. Ledermann (1956) sostenía que el consumo de alcohol seguía una función matemática (ley normal) y que el parámetro clave del consumo medio de alcohol determinaba la longitud de la 'cola' de la curva, encontrándose la proporción de consumidores problemáticos bajo el extremo de esta curva. La conclusión política, si el modelo se sostiene, es que para reducir los problemas derivados del consumo del alcohol se debería desplazar el consumo medio en sentido descendente y aumentar la proporción de personas abstinentes.

Este modelo puede ser excesivamente determinista, habiéndose realizado esfuerzos para modificarlo o para mejorarlo (ver por ejemplo Tan, Lemmens y Konning, 1990). Sin embargo, no existe ninguna razón para desestimar el sentido amplio de su razonamiento. Verdaderamente, Tan y sus colaboradores (1990) al revisar las alternativas más sociológicas de O.J. Skog (por ejemplo: Skog, 1980) –que se centran más en las normas y los comportamientos relacionados con el consumo de alcohol–, concluyen que para el alcohol la investigación empírica parece establecer dos hallazgos principales:

El nivel de consumo de todos los tipos de bebedores... parece que aumenta conforme aumenta el consumo medio de alcohol. Esto puede interpretarse como una expresión de la naturaleza colectiva de la conducta bebedora.

En una población con un consumo medio cambiante, los bebedores relativamente moderados o bajos parecen mostrar un cambio de su consumo proporcionalmente mayor que el de los grandes bebedores.

(Ten y col. , 1990, p.746)

Mientras que teóricamente las diferencias entre Ledermann y Skog son profundas y dan lugar a proyecciones estadísticas distintas, el modelo global no difiere de forma importante cuando es utilizado como guía general de una política sobre drogas. En la Figura 2.2. se ofrece un modelo generalizado sobre el consumo de alcohol, adaptado a partir de los trabajos de Ledermann, Skog y otros autores.

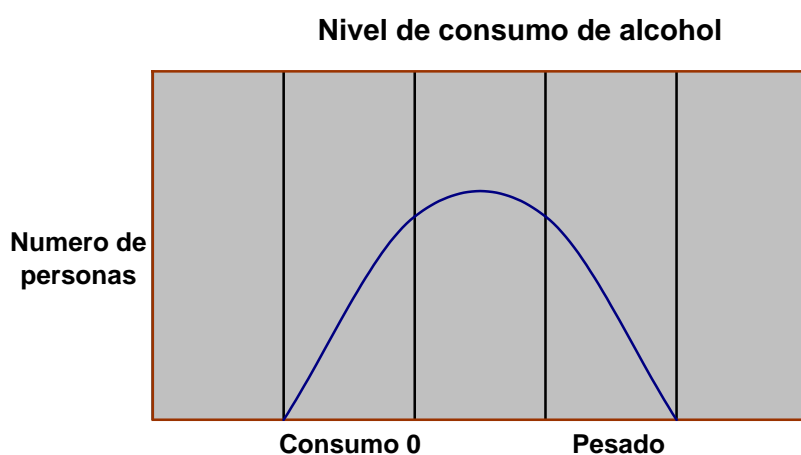


Figura 2.2 Patrones de consumo de alcohol como una curva normal

La Figura 2.2 sugiere que para cualquier actividad social existiría una distribución más o menos normal de los individuos alrededor de la media. ¿Por qué entonces se da una curva 'truncada' cuando se refiere al consumo de alcohol (u otras drogas)? Esto es porque conductualmente uno no puede ir más allá del 'no beber'. No obstante, el segmento de población abstemia (el segmento que está con trama cuadrículada) puede extrapolarse hacia la izquierda, hacia el nivel de *creencia*: desde un número mayor de personas que 'no beben', hacia un número menor de personas que 'no beben y creen que nadie realmente debería beber' y hacia una pequeña minoría que, activamente, prohibirían el consumo de alcohol. En el otro extremo podemos encontrar los grandes bebedores y los bebedores problemáticos (el segmento rayado).

En ausencia de modelos alternativos avalados por datos de investigación, deberíamos aplicar la lógica subyacente de la figura 2.2 a todas las drogas*. Por supuesto que los niveles de abstinencia deberían estar colocados en sitios distintos, y las proporciones distribuidas entre

• Ahora críticos maliciosos podrían decir que, por segunda vez, he seguido el mismo camino: establecer un modelo hipotético, aplicarlo en ausencia de otra cosa mejor y actuar como si las conclusiones que se derivan de él estuvieran justificadas porque se supone que el modelo es válido. A esto mi réplica es simple: muéstranen mejores suposiciones, una lógica más clara, datos que puedan ser utilizados y modificaré o incluso abandonaré mi postura. Mientras tanto, esto es lo mejor que puedo encontrar que es, ciertamente, mucho mejor que una enorme retórica no acompañada por un razonamiento claro de las conclusiones. Véase en Weatherburn (1992) y Mugford (1992) el debate que generan algunos de estos temas.

el 'no consumo', 'no consumo y creo que nadie debería realmente consumir' y los que activamente prohibirían cualquier consumo, variaría de forma importante dependiendo de la droga. Pero, para esto todavía podemos utilizar el modelo de forma productiva. Aplicando la lógica de la Figura 2.2, podemos simular una serie de curvas del estilo de la de Ledermann (Ver Figura 2.3).

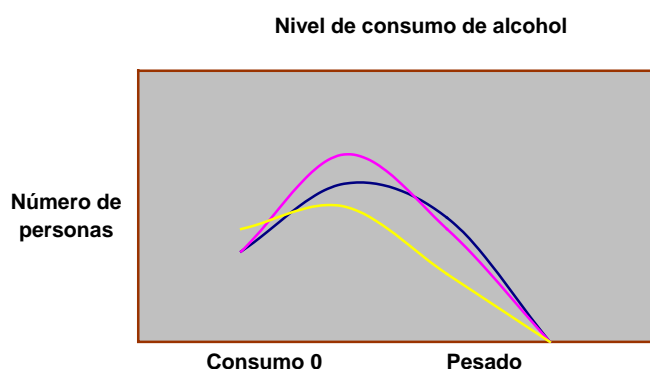


Figura 2.3 Algunas aplicaciones de la Curva de Estilo de Ledermann

En la curva que se muestra en la Figura 2.3, asumiendo que la línea continua es ampliamente descriptiva del consumo de drogas en general, podemos establecer dos maneras para aproximarnos a la reducción de daños. Podemos prestar atención a los grandes usuarios que están en la zona problemática. Alternativamente, podemos pensar en las ganancias que se ocasionarían si se bajasen los niveles de consumo en general, consiguiéndose beneficios pequeños en el ámbito individual pero grandes en conjunto.

Empezaremos por los grandes usuarios o usuarios problemáticos cuyos niveles individuales de consumo son altos y por lo tanto tienen muchas probabilidades de padecer daños importantes. Aunque numéricamente estos usuarios son pocos, representan una parte desproporcionada de los problemas. De esto se deduce que la reducción de su consumo sería un paso positivo en la reducción de daños ¿pero cómo podemos hacerlo?. Una opción sería imaginar que desplazamos la curva principal (la línea continua) hacia la segunda curva de la Figura 2.3 (línea de violeta). Este desplazamiento no afectaría la proporción de no consumidores, ni alteraría el nivel de consumo de la modalidad de los usuarios, pero desplazaría a los grandes bebedores hacia un consumo más seguro. Esto suena bien. Sin embargo no he visto una evidencia persuasiva que demuestre un desplazamiento del consumo peligroso manteniendo intactos los que tienen un consumo relativamente seguro.

Una estrategia más plausible sería la de intentar desplazar toda la curva hacia la izquierda –la línea amarilla en la Figura 2.3–. Moviendo la curva de este modo conseguimos tres cosas: aumentar la abstinencia, disminuir los niveles de consumo y reducir el número de usuarios problemáticos. Una curva desplazada así ha sido recientemente discutida por Hackler (1991), quién basa su trabajo en escritos canadienses recientes sobre el uso de drogas.

Como sostiene Hackler, con este desplazamiento de la curva se consigue la suma de grandes beneficios globales al desplazar el consumo de todos los individuos. En términos globales, con el uso de drogas, aunque los grandes consumidores representan niveles desproporcionados de daño *per cápita*, los consumidores moderados son los que representan el gran peso del daño, simplemente porque son muchos más. Por lo tanto, *la mejor opción para reducir daños es desplazar toda la curva hacia la izquierda*. Con el alcohol, por ejemplo, debemos dejar de centrarnos en los grandes bebedores y centrarnos en su lugar en los 'bebedores civilizados' (Kreitman, 1986).

Esta estrategia es intuitivamente contraria a la forma de pensar de las culturas individualistas, ya que supone anteponer el bien del conjunto a la libertad del usuario de drogas en la elección de un uso de una droga de forma segura. Además, esta lógica conduce fácilmente a la opinión expresada recientemente por prominentes funcionarios antidroga norteamericanos que han dicho que los usuarios recreacionales de drogas tienen más responsabilidad en los problemas de drogas que los yonkis. Esta opinión, que enfurece a los defensores de la reducción de daños que yo conozco, puede generarse razonablemente si se aplica la lógica contenida en la Figura 2.3.

Resumiendo, tanto si nos concentramos en el modelo general de la Figura 2.1. como en el modelo de distribución de la Figura 2.3., el pensamiento racional nos conduce a caminos que la mayor parte de los defensores de la reducción del daño no han reconocido y se oponen a reconocer. ¿Cómo es posible esto?

Hasta ahora, de forma simple, hemos comparado la reducción de daños con un análisis coste-beneficio, pero sólo hemos examinado los costes. Ahora llega el momento de poner en la ecuación el 'beneficio'. Por lo que respecta al uso de drogas ilegales, sólo existe un tipo de beneficio: el placer. Mientras que con el alcohol y el tabaco se podrían hacer una serie de razonamientos admisibles con relación al producto interior bruto (PIB), 'la industria', el empleo y los ingresos que proceden de los impuestos, con las drogas ilegales estos 'beneficios' no se pueden contar.

Hemos de quedarnos con el placer, siendo difícil de defender lo que esto podría suponer en una disertación racional y seria sobre la reducción de daños. Sin embargo, hay muchas razones que hacen suponer que el uso de drogas sería mejor comprendido bajo una posición teórica que entendiera el uso de drogas en términos de un artículo de ilusión, típico de una cultura moderna (O'May y Mugford 1991a), algo que he documentado empíricamente al menos en un grupo sustancial de usuarios (Dance y Mugford, 1992).

Sin embargo, la excitación y el placer no son los beneficios que los defensores de la reducción de daños quieren defender. A menos que uno pueda defender el placer con sus momentos de riesgo por un hedonismo irracional (y posibles irresponsabilidades), cualquier análisis coste-beneficio del uso de drogas, inevitablemente llevaría a la evaluación de los costes solamente.

En el caso de las drogas ilegales, este planteamiento necesariamente tendería a una postura antidroga incluso con rasgos prohibicionistas. Un intento de desarrollar la reducción de daños como una posición política coherente ocasionaría dificultades a aquellos cuyas opiniones he esquematizado anteriormente*. Además, si se sigue esta línea se parte de la

* Recientemente una nueva casta de defensores de la reducción del daño ha saltado al vagón del grupo. Hasta donde yo sé, esta casta consiste principalmente en burócratas jóvenes, sin sentido del humor cuyo lema podría ser '*In Nike veritas*', cuya visión de todas las drogas es neo-puritana y que ven la reducción de daños como una forma de liberar al mundo de una variedad de prácticas diabólicas. Cuando hace una década, era popular conseguir una relajación de la

lógica tradicional, instaurada en el corazón del utilitarismo, que busca el equilibrio entre los placeres privados y el daño público.

Estos problemas 'internos' que he esquematizado en esta sección no agotan las dificultades de la reducción de daños. Veamos algunas dificultades 'externas'.

Problemas Teóricos y Filosóficos

La reducción de daños se enfrenta a numerosos problemas filosóficos y teóricos y no es posible argumentarlos en un texto de esta extensión, por lo que me limitaré a señalar tres aspectos clave.

Los problemas políticos de la reducción de daños

La reducción de daños debe utilizar el dinero (coste) como unidad de medición del daño y desarrollar métodos para orientar las decisiones políticas. En este sentido, el eslogan de utilidad práctica 'la mayor felicidad de la mayoría' debe ser sustituido por la versión 'el menor daño del menor número posible'.

Sin embargo, esta versión ni se escapa de los problemas del utilitarismo ni evita la producción de problemas nuevos. Tal como he demostrado, si no se valora el placer, se cae en una trampa importante. Pero incluso rectificando, el utilitarismo jamás ha resuelto el problema de sumar distintos tipos de placer y felicidad (MacIntyre, 1981) y tampoco podría resolver el problema de sumar distintos tipos de costes / daños. Por ejemplo, ¿qué pasaría si un análisis mostrase que la muerte de unos pocos jóvenes de color, en paro, mal educados, de una área decadente de una ciudad americana, supusiera un coste global inferior al que supondría la legalización de la droga X y se sufriese una pérdida nacional de la productividad de 2 días por persona/año?. Obviamente, el primer resultado es de 'reducción de daños' y debería ser el preferido en los debates globales de la reducción de daños.

Esta conclusión tan ingrata es, *necesariamente*, el resultado de un utilitarismo que renuncia a cualquier elección moral cuyas actuaciones sean éticamente aceptables y que cree tan sólo en un análisis neutral coste-beneficio del fenómeno. Resumiendo, es inevitable hacer y defender opciones sobre lo que es bueno, lo que es aceptable, lo que es permisible aunque arriesgado, y lo que es inaceptable. Una fantasía moderna muy común es que podemos evitar realizar estas opciones escudándonos detrás de una neutralidad moral.

En el caso de reducción de daños, podría parecer que se puede conquistar a la media y evitar alienar a personas que rechazarían cualquier cosa que pareciese defender el uso de la droga. Pero la opción del 'termino medio' no funciona en este caso. No es simplemente que nos arriesguemos a ser inconsistentes –creo que fue Winston Churchill quién desafortunadamente dijo que preferiría tener razón a ser consistente– pero cuando no especificamos que el placer es un 'beneficio' (en el análisis coste-beneficio) y no discutimos los retos morales sobre los usos de drogas, simplemente permitimos que estas alternativas vayan en contra de lo que hemos inventado. Por ello es necesario tomarse en serio la reducción de daños y llevarla incluso hasta la lógica antidroga.

severa legislación antimarihuana comparando esta droga con el alcohol y el tabaco, pocos nos imaginamos que nuestra lógica sería capturada por aquellos que gritaban, "Tienes razón, ellos son muy similares, por lo tanto también debemos prohibir el alcohol y el tabaco".

La ingenuidad de la 'liberación'

Los actores de la reducción de daños son, a menudo, ingenuos en lo que respecta a sus demandas políticas. Abogan, por ejemplo, por la reducción de la prohibición y la sustitución de leyes criminales sobre el uso de drogas por controles legales o 'despenalizaciones'. Imaginan que estos cambios representarían menos control sobre el individuo por parte del Estado y por lo tanto serían liberalizadores. Haciendo esto, ellos hablan y escriben como si las dos últimas décadas de debate sobre el 'control social' y la 'governabilidad' no hubieran tenido lugar. Para mencionar dos de los muchos ejemplos posibles, Stan Cohen (1985) sostiene que las nuevas formas de control no son un ejercicio para reducir los poderes del Estado sino que deben ser contempladas como un ejercicio de 'ampliación de la red' del control social y al mismo tiempo de hacer más fina 'la malla' de esta red. Rose, siguiendo el trabajo seminal de Michel Foucault, esquematiza el tema de la mentalidad del gobierno de este modo:

Desde el siglo XVIII, en todas los sistemas reglamentarios occidentales, la población se ha presentado como el terreno del gobierno *por excelencia*. No hablamos del ejercicio de la soberanía... ni la gestión de la vida de la nación como si fuera una familia... sino de a regulación de los procesos cercanos a la población, las leyes que modulan su bienestar, salud, longevidad, su capacidad... de dedicarse a trabajar...

Dos rasgos del gobierno son particularmente significativos... Por un lado, para gobernar a una población se necesita aislarla como un sector de la realidad, para identificar ciertas características y procesos propios de ella, para que sus características puedan ser notadas, habladas, escritas...

Por otro lado, gobernar a una población requiere distintos tipos de conocimiento. Para calcular las necesidades de la población es preciso poner de manifiesto ciertas características de esta población como materia de base del cálculo. El conocimiento aquí adopta una forma muy física; requiere la transcripción de un fenómeno como un nacimiento, una muerte, un enlace, una enfermedad... Es como decir que el cálculo depende de procesos de 'rotulación' que traduzcan el mundo en señales materiales, informes escritos, dibujos, mapas, gráficos y, sobretodo, números.

(Rose, 1988, pp.5-6)

Por lo menos algunas de las formas del control de drogas propuestas por los defensores de la reducción de daños (por ejemplo, permisos para comprar drogas, informes computarizados para monitorizar niveles de uso y/o detectar desviaciones entre aquellos a los que no se les permite usarlas) podrían fácilmente ser vistas tanto como un mayor control en el sentido expresado por Cohen, como una forma de contribuir a la rotulación de un subgrupo de la población. La prohibición es deficiente, precisamente porque cede controles a los gobiernos sobre el consumo y fomenta el ocultamiento de los usuarios de drogas, por lo que los avances en reducción de daños deben vigilar los riesgos de apoyar a extensión del poder del Estado.

El tema aquí no es promocionar un anarquismo sin sentido, ni insinuar una condena paranoica de que 'todo el gobierno es malo'. Simplemente se trata de señalar una área vital del debate del que se deberían ocupar los protagonistas de la reducción de daños. En ausencia de

un debate de este tipo nos arriesgamos a considerar que una política es algo que solo se produce por un partido político.

Los límites de la ‘razón’

Esta claro que la reducción de daños está firmemente anclada en los discursos de la postilustración que ven este sistema como materia de un discurso racional entre hombres razonables (la atribución por género no es un desliz accidental). Existe una fuerte sensación en los debates de la reducción de daños de que estos continúan intocables por las instigaciones de la filosofía moderna y la teoría social centrados en el post-modernismo y el feminismo en particular. A menudo, los defensores de la reducción del daño escriben y piensan desde el interior del discurso que Toulmin (1990) llama ‘alta modernidad’; una posición que se caracteriza por una obsesión sobre la certidumbre, la sistematización y la idea de una ‘censura limpia’. A esta tendencia sistematizadora, Toulmin opone la necesidad, para nuestra filosofía práctica, de volver a las materias de interés con sensatez, prestando atención a cosas como lo local, lo puntual, lo particular y lo oral.

En el ámbito temático de este artículo, esto podría significar un interés que involucra a uno mismo en una variedad de actuaciones para examinar, retar, modificar y mejorar las políticas de drogas, más que un interés en desarrollar una crítica consumada o una defensa de cualquier tipo de política. Por ejemplo, se podría abandonar la estéril idea de debatir el valor de la prohibición en general, adoptando la perspectiva de que para este problema nunca se produciría una respuesta inteligible, por lo que en su lugar se propondría una evaluación de prohibiciones específicas. O quizás se podría aceptar que más que diseñar el sistema ‘correcto’, en la práctica es mejor salir del paso utilizando los sistemas existentes –pensar, por ejemplo, que cualquier distribución oficial de drogas a los usuarios registrados no podría evitar rezumar por los bordes a terceras personas, aunque este goteo más que ser un problema podría ser la forma menos peligrosa de dar respuesta a la demanda inevitable que el sistema incumple—. Después de todo, las drogas que goteen serían puras, el mercado no generaría grandes beneficios, el crimen organizado vería pocas ventajas y así sucesivamente¹.

Una mayor sensibilidad por las materias de interés de los postmodernistas y feministas, como es el deseo de abandonar el proyecto de la ilustración, nos daría una base intelectual sólida para el intento democrático de muchos defensores de la reducción del daño que quieren favorecer a los explotados usuarios de drogas y permitir que sus voces puedan ser oídas. No obstante, estos últimos a menudo no saben como ponerlo en práctica. La reducción de daños, a menudo, sigue siendo una iniciativa de la clase media blanca y masculina.

Esta tolerancia a la diversidad de voces es esencial si queremos tener alguna oportunidad para ampliar el debate sobre qué es realmente ‘el daño’. Lo que creo que hemos hecho es acabar definitivamente con algunas de las reclamaciones más absurdas de los prohibicionistas de los partidos de derechas, en lo que se refiere a su retórica acerca de las ‘naciones’ y las ‘familias’, que sólo permitían acallar un importante número de otras opiniones.

¹ Este ejemplo me lo sugirió Peter Cohen en una conversación, en la que caracterizó el modelo holandés como incorporador de este descuido deliberada y constructivamente.

Conclusión

He intentado demostrar que, para aquellos que se cuestionan las leyes existentes sobre las drogas y que quieren mejorar la política de drogas haciéndola más humana, más respetuosa de las libertades civiles y más democrática, la pancarta de la reducción de daños es una bandera sospechosa para llevar izada. Aunque parece un buen emblema, y como punto de partida puede que sea útil, una noción de reducción de daños no clara trae consigo un bagaje intelectual que contiene muchas cosas que ayudan al enemigo y no a nuestra causa.

Si lo que queremos decir es que las leyes de drogas no son buenas leyes, que el uso de drogas es aceptable (aunque no seamos partidarios), que las libertades civiles son más importantes que las detenciones causadas por las drogas, que las leyes actuales impuestas a las drogas en los EE.UU. responden a los miedos y explotaciones de la clase media blanca, no a la justicia, y así sucesivamente, entonces hemos de decir exactamente este tipo de cosas. La idea de que deberíamos decir estas cosas como notas a pie de página, como una estocada a medio camino, es una trampa seductora. Marscha Rosenbaum ha dicho que lo más bonito de la reducción de daños es que 'entra bien'. Cada uno piensa que sabe lo que significa y ello parece razonable para cada uno. Esta es la opinión que yo tenía durante muchos años. Pero ahora creo que ese 'entrar bien' nos está pasando factura en forma de eslogan político. Es hora de pensar en el problema de la política de drogas más allá de la 'reducción de daños', antes de que empecemos a arrepentirnos de lo que alguna vez hemos dicho.

CAPÍTULO 3

LEGALIZACIÓN, PROHIBICIÓN Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

ETHAN A. NADELMANN

¿Debemos legalizar determinadas drogas psicoactivas? ¿Qué medios son los mejores para regular la producción, distribución y consumo de la gran variedad de sustancias psicoactivas disponibles? Por distintos motivos, los esfuerzos que muchos autores hemos realizado para responder a esta compleja pregunta han sido interpretados como a favor de la legalización. Por sí sola, la palabra legalización ha atraído la atención de millones de personas de todo el mundo, que han visto un posible camino para modificar las políticas de prohibición de las drogas. Algunos especialistas creen que una alternativa a las políticas de drogas vigentes debe asemejarse a la existente para el alcohol y el tabaco. Otros difieren de ello.

La legalización siempre ha tenido distintos significados para la gente (Wisotsky, 1986; Hamowy, 1987; Trebach, 1987; Nadelmann, 1988a, b, 1989; Boaz, 1990; Ostrowski, 1990; Trebach y Zeese, 1990 a, b, 1991; Miller, 1991; Krauss y Lazear, 1991). Desde mi punto de vista, representa, por encima de todo, una voz crítica a las políticas prohibicionistas de drogas, que han puesto en evidencia hasta qué punto ellas mismas son parte del problema. La dificultad en percibir la magnitud y el significado de los daños generados por las políticas de drogas es el mayor obstáculo para conseguir algún cambio en las políticas prohibicionistas de todo el mundo, y para distinguir entre los problemas ocasionados por el mal uso de las drogas *per se* y los ocasionados por las propias políticas. Ello no nos conduce automáticamente a una recomendación general de abandonar las políticas prohibicionistas; más bien nos sugiere que las evoluciones eficaces de las políticas alternativas deben distanciarse del modelo y los métodos prohibicionistas.

El camino hacia la legalización, la normalización, requiere una serie de objetivos políticos de actuación diferentes de los que los gobiernos a menudo proclaman: “Guerra contra las drogas para alcanzar una sociedad libre de drogas”. Cualquier estrategia de control de las drogas debe tratar de minimizar tanto los efectos negativos del uso de drogas como las consecuencias negativas de las políticas en sí mismas. Esto es así tanto para las políticas relacionadas con el alcohol, el tabaco y la cafeína como para las dirigidas al cannabis, cocaína, anfetaminas, opiáceos, alucinógenos, etc. Es esencial, por ejemplo, que cualquier política sobre drogas distinga entre usos, que producen poco o ningún daño al consumidor, abusos, que causan daño principalmente al consumidor, y situaciones en las que se produce un daño social palpable. Por lo tanto, los gobernantes deben comprender que el objeto de su política es actuar ante las situaciones en las que se produce un daño evidente al consumidor y a la sociedad y despreocuparse del uso de drogas *per se* y del consumo esporádico.

La prohibición es la responsable de muchos de los llamados “problemas generados por las drogas”. La represión de la producción, distribución y uso de determinadas drogas define un contexto propio, alterando las particularidades de los mercados de las drogas, las formas de consumo, la representación social del fenómeno, y la gama de políticas que parecen apropiadas para tratar el “problema de las drogas”. Otros se plantean algo más modesto: ¿Existen políticas mejores o peores?, y, ¿por qué?

Para muchos defensores de la normalización de las drogas, el modelo holandés ofrece una alternativa de gran interés. Desde mi perspectiva, el conjunto ideal de políticas de control de drogas se encuentra entre el modelo holandés y el libertario.

Reducción de daños y legalización

La propuesta de la reducción de los daños surgió en los Países Bajos y el Reino Unido durante los años 70 y principios de los 80, aunque en décadas anteriores ya existían indicios de ella (Velleman y Rigby, 1990; Berridge, capítulo 5 de este volumen). Desde entonces, gracias al reconocimiento de los departamentos de salud pública y otros organismos, la reducción de daños ha tenido una importante influencia en estos y otros países que han desarrollado políticas innovadoras, menos punitivas y más eficaces, para detener la transmisión del virus VIH por y entre los usuarios de drogas ilegales (Strang y Stimson, 1990; O'Hare y col., 1992).

Las políticas de reducción de daños pretenden reducir los efectos negativos ocasionados por el consumo de drogas ilegales. Más que un intento de abandono de las drogas con medidas punitivas, las políticas de reducción de daños parten del reconocimiento de que existen usuarios a los que no se les puede persuadir para que abandonen el consumo y, por tanto, se pretende reducir la probabilidad de que se vean perjudicados por ciertos daños (a sí mismos o a los demás). Los defensores de las políticas de reducción de daños están a favor de una amplia variedad de programas. Insisten en la necesidad de programas de intercambio de jeringas, propuestas de salud pública, equipos de terreno; y también se exigen que las políticas de drogas reconozcan por ley y por política los derechos humanos de los usuarios de drogas.

En la perspectiva de reducción de daños se incluye la noción de normalización: los daños asociados al consumo de drogas ilegales disminuirían más con la integración normalizada de los usuarios de drogas a la sociedad que con su aislamiento en clínicas, programas, mercados o barrios (Van de Wijngaart, 1988).

La relación entre el enfoque de la reducción de daños y la noción de legalización de las drogas permanece ambigua. Algunos de los que proponen la reducción de daños se oponen firmemente a cualquier tendencia que desmonte el sistema de prohibición de las drogas (Dorn, 1992; Pearson, 1992; Strang, Capítulo 1, en este volumen). Muchas de las actitudes de oposición se basan en el miedo a que la reducción de daños sea un paso hacia la legalización.

Otros consideran que desde esta perspectiva se llegaría a un régimen regulador legal que sustituiría a la actual prohibición. Muchos autores argumentan que cualquier estrategia de reducción de daños debe perseguir el reducir no sólo los daños a la salud de los usuarios, sino también otras muchas consecuencias negativas de la prohibición de drogas. Como la violencia que acompaña a los mercados de drogas ilegales; la corrupción de los funcionarios públicos; el crimen organizado subsidiario; el encarcelamiento de cientos de miles de personas; la privación de libertades individuales; y así sucesivamente. Existe un amplio acuerdo sobre que estos humildes esfuerzos para reducir las consecuencias negativas del *status quo* en las políticas de drogas son mejor que nada.

Dada la sustancial oposición intelectual, ideológica e institucional entre la legalización y la reducción de daños, poco podremos ganar atormentándonos con sus diferencias. Verdaderamente, es tal la diversidad de opinión entre los que se consideran legalizadores y los que se auto proclaman partidarios de la reducción de daños, que cualquier distinción basada en estos dos términos es absurda y de poca utilidad. En mi opinión, es de mayor utilidad considerar estos subgrupos de dos maneras: los defensores de la reducción de daños pro-legalización y los defensores de la reducción de daños anti-legalización –a los que me refiero

respectivamente como dos subgrupos de la reducción de daños: los legalizadores y los prohibicionistas.

Antes de desarrollar esta distinción es importante reconocer los componentes políticos, estratégicos y semánticos de las tensiones y alianzas entre legalización y reducción de daños. La ventaja de la reducción de daños o la minimización de daños como slogan político es obvia. ¿Quién, en su sano juicio, podría oponerse a una reducción de daños? La reducción de daños es fácilmente adoptada por los funcionarios del gobierno y otros que ponen más énfasis en las propuestas de salud pública que en las políticas penales, e incluso, no es siempre rechazada por los que prefieren métodos de control punitivos.

La noción es suficientemente vaga como para que personas con diferentes ideas sobre política de drogodependencias se encuentren cómodas adoptándola como slogan. La reducción de daños conlleva una connotación de sensibilidad inglesa u holandesa, muy atractiva para aquellos que ven con ojos escépticos los excesos ideológicos de la retórica de la guerra contra las drogas. Dadas sus ventajas retóricas, el principal desafío al que se ven confrontados los detractores de las políticas punitivas es el de cuestionar las definiciones sobre la reducción de daños en los foros públicos y políticos del sistema.

La promoción del término reducción de daños en Europa y en Australia contrasta marcadamente con el fracaso que el mismo término ha tenido en los Estados Unidos de América. La analogía más cercana en los EE.UU. es el concepto de salud pública enfatizado en el tratamiento de drogas. De todas maneras, mientras que la mayoría de las interpretaciones de la reducción de daños comienzan con el reconocimiento de que algunas personas no pueden ser persuadidas de abstenerse de las drogas, la mayoría de las formulaciones de la salud pública ponen su acento en las nociones de enfermedad, contagio y abstinencia curativa.

También está ausente del contexto americano la relación entre derechos humanos y uso ilegal de drogas. En los EE.UU. el discurso sobre los derechos humanos está estrechamente relacionado con la Constitución, la cual, desde los orígenes de la nación, ha proporcionado el punto central de referencia para todas las afirmaciones y negaciones de los derechos individuales. La mayoría de los americanos asocian inmediatamente los derechos humanos con la política exterior y las violaciones de los derechos humanos con los abusos de gobiernos extranjeros contra sus ciudadanos. En los últimos años, las organizaciones que fomentan los derechos civiles de los homosexuales han hecho algunos progresos reivindicando que la discriminación de los homosexuales no sólo es un problema constitucional sino también un tema de derechos humanos. Sin embargo, los usuarios de drogas ilegales saben que no ha habido ningún progreso en este sentido.

Lo que distingue el debate americano sobre la política de drogas de los debates de otros países es la presencia e influencia dominante de la palabra legalización, en calidad de alternativa radical a las políticas actuales de control de las drogas. Las razones son varias. En la palestra de una política pública poderosamente configurada por el sensacionalismo de los medios de comunicación y la política retórica, tanto la idea como el término legalización han atraído enormemente el interés de los medios de comunicación. Por ejemplo, el titular de portada de la revista *Time* a mediados de 1988 fue: '¿Deberían legalizarse las drogas?' (*Time*, 30 de Mayo, 1988), mas atractivo y provechoso para el *status quo* que si el título hubiera sido: 'La reducción de los daños asociados a las drogas'.

La legalización como principio también resulta atractiva para la tendencia libertaria de los partidos políticos del ala derecha americana y da mayor confianza nacional al mercado libre.

William Buckley, Milton Friedman y George Shult –por nombrar algunos de los republicanos más prominentes que públicamente se han declarado a favor de la legalización de las drogas– son escuchados y respetados por millones de americanos de la derecha política.

Para muchos americanos, cansados por la complejidad de los problemas y ansiosos de soluciones simples, la perspectiva de la legalización parece ofrecer una solución simple y rápida. A diferencia de la mayoría de europeos, los americanos comparten una conciencia colectiva nacional de una prohibición de drogas previa (1920-1933), así como su visible rechazo y revocación. Allí donde la mayoría de los europeos no identifican la violencia relacionada con las drogas como una dimensión central del problema, la mayoría de los americanos (especialmente los colombianos) se han acostumbrado a establecer vínculos muy fuertes entre las drogas ilegales y la violencia. Este es un problema para el cual la legalización y no la reducción de daños, como se define convencionalmente, ofrece una solución clara.

Las ventajas del discurso legalización de las drogas sobre el de reducción de daños en su combate contra la “guerra contra las drogas” son manifiestas. Desde la perspectiva retórica, proporciona un tipo de lenguaje sensacionalista y radical necesario para atraer la atención de los medios de comunicación americanos. Desde la perspectiva analítica centra la atención no sólo en los excesos de la “guerra contra las drogas” sino sobre todo y especialmente en que la prohibición de drogas *per se* ocasiona otros muchos daños y problemas.

Sin embargo sus inconvenientes son sustanciales. Tanto retórica como políticamente sugiere una elección del tipo todo-o-nada entre la guerra contra la droga y una política de legalización desde la marihuana hasta la cocaína pasando por la cerveza y los cigarrillos.

Los críticos de la guerra contra las drogas, buscando enfoques más humanos, razonables y políticamente viables, encuentran que las implicaciones de la posición legalizacionista es excesivamente dura y difícil de digerir política y pragmáticamente. Los defensores de la “guerra contra las drogas” ven la legalización como una etiqueta útil con la cual rotular, y como consecuencia rechazar, incluso iniciativas modestas de reducción de daños, como los programas de intercambio de jeringas.

En EE.UU. los disidentes de la “guerra contra las drogas” afrontan el desafío de promover el término de la “reducción de daños” en el discurso popular de la política de drogas. El obstáculo principal, aparte de la debilidad retórica de la frase en el contexto americano, es el moralismo intenso que caracteriza los debates y las políticas relacionadas con el uso de drogas en EE.UU. La reducción de daños ofrece una noción que es extraordinariamente neutral, aunque también vulnerable a la degradación, por aquellos que continúan favoreciendo medidas represivas para tratar el abuso de drogas. Pero el desafío más importante supone fomentar las ideas y los ideales que subyacen a la “reducción de daños”, en particular aquellos que enfatizan lo inevitable del consumo de drogas, el reconocimiento de que la abstinencia no es la única solución, y la noción de que los usuarios de drogas también son personas.

Los puntos comunes entre legalizadores y prohibicionistas

Dada la diversidad de opiniones asociadas a la noción de reducción de daños, sus defensores se pueden clasificar en dos grupos: los legalizadores y los prohibicionistas. En general ambos están de acuerdo en que la prohibición de drogas *per se* es responsable de lo mucho que la gente identifica comúnmente como una parte del problema de la droga. Los dos están de acuerdo en la necesidad de establecer opciones en la política de drogas en términos de costes y beneficios, y ambos tienden a creer que la política óptima de drogas es aquella que

minimiza tanto las consecuencias negativas del uso de drogas como las de la política de control de drogas existente. Los prohibicionistas reconocen ampliamente que el uso esporádico de drogas no es un problema en sí mismo, y los legalizadores garantizan que algunas políticas diseñadas para reducir los niveles globales de uso de drogas pueden ser efectivas para reducir las consecuencias negativas globales del uso.

Existe un reconocimiento compartido de que muchas dimensiones de la “guerra contra las drogas” representan una forma de exceso, y que con medidas más modestas de la justicia penal se pueden conseguir con igual éxito los mismos objetivos que con medidas más duras, así como que una mayor adhesión a los principios y objetivos que la salud pública daría como resultado una mayor eficacia de las políticas de control. Ambos, además, están de acuerdo que una gran expansión de la disponibilidad de drogas en la sociedad probablemente aumentaría el consumo de drogas y que al diseñar políticas de control es importante señalar diferencias entre los distintos tipos de drogas y entre distintas formulaciones de la misma droga. Dicho de otra forma: pocos de cada bando creen que la marihuana o el té de coca deban ser tratados del mismo modo que el crack.

Estos puntos comunes están en desacuerdo con las opiniones expresadas por los prohibicionistas más conservadores y reaccionarios. Articulada vigorosamente por el primer “zar de las drogas” del presidente Bush, William Bennett, esta perspectiva no ha demostrado ningún interés en cualquiera de los análisis de tipo coste-beneficio, ni en disminuir las consecuencias negativas de las políticas de control de drogas. El uso esporádico de drogas ilegales ha sido representado como una forma de actividad inmoral y como una fuente peligrosa de contagio que requiere el tratamiento de “los que lo hacen” (Oficina de la Política Nacional de Control de Drogas, 1989, p.11).

La investigación de las ciencias sociales y los principios de la salud pública sólo tienen valor si están conformes con sus políticas y presunciones ideológicas. Resumiendo, no existe espacio para un diálogo desapasionado con relación a políticas alternativas que no parezcan más “duras” de las que han sido probadas anteriormente (Zimring y Hawkins, 1992, pp. 4-21). Combinando la predilección por sanciones punitivas con una visión de las drogas bien descrita como “calvinismo farmacológico” (Klerman, 1972), los prohibicionistas “carcas” y reaccionarios han insistido en que el único objetivo legítimo de la política de control de drogas debe ser la eliminación del uso de drogas ilegales.

Los puntos comunes son también motivo de disputa, aunque fundamentalmente no tanto desde la perspectiva libertaria conservadora del control de la droga (Boaz, 1990; Friedman, 1991; Szasz, 1992). Para estos libertarios que conciben la soberanía individual sobre la propiedad y la libertad de decisión como una cuestión de principio absoluto, no es aceptable ningún tipo de control gubernamental en el comercio de las drogas, a pesar de sus consecuencias. Otros libertarios tienen un pensamiento que confía en la magia del mercado libre y asume que los objetivos de la política podrían conseguirse mejor en ausencia de intervenciones gubernamentales. Estos libertarios menos comprometidos, parten de la misma asunción acerca de la magia del mercado libre, pero reconocen que las formas modestas de control gubernamental (en particular avisos, anuncios y carteles) podrían ser necesarios para corregir los excesos y abusos a los que invita el libre mercado y, así, tienden a apoyar los mayores compromisos de los libertarios civiles a la privacidad individual y la libertad en la elección de un estilo de vida. Insisten en que esta libertad de contrato incluye la libertad del empresario para utilizar los tests para detectar las drogas como condición previa a dar un empleo. En contraste, los libertarios civiles tienden a contemplar la libertad de contratación con

menos respeto que el derecho a la privacidad. Ellos son más capaces de hablar del derecho a consumir drogas (Richards, 1982). Y es mucho más probable que ellos integren en sus principios y adhesiones políticas consideraciones relacionadas con la justicia social y la salud pública.

Dejando aparte las perspectivas de los prohibicionistas y los libertarios, las diferencias principales entre los legalizadores y los prohibicionistas son de dos tipos. La diferencia más obvia refleja los desacuerdos respecto al peso que debe darse a valores tales como la libertad individual, la privacidad y la tolerancia cuando se calculan los costes y los beneficios de distintas políticas de control de drogas (Bakalar y Grinspoon, 1984; Macklin, 1984; Murray, Gaylin y Macklin, 1984; Husak, 1992). La mayoría de legalizadores dan mucho peso a estos valores, mientras que los libertarios civiles, más comprometidos, los ven como valores absolutos que no pueden ser comprometidos, y otros legalizadores los perciben como muy importantes pero no inherentemente inmunes a ciertas restricciones.

En definitiva, la mayoría de los legalizadores insisten en que la posesión de pequeñas cantidades de droga para el consumo personal no debería estar sometida a leyes penales. Los prohibicionistas son indulgentes con estos valores, que según ellos tienen menos peso porque los perciben como valores que socavan los esfuerzos para reducir el abuso de drogas y porque están más dispuestos a delegar en la opinión mayoritaria para definirlos y sopesarlos. Confrontados a las potenciales consideraciones entre los niveles de abuso de drogas y los niveles de coerción dirigidos a los usuarios de drogas y a los vendedores, la mayoría de los legalizadores están deseando conceder pequeños aumentos en los niveles de abuso de drogas como contrapartida a reducciones en el número de personas penalizadas por usarlas y venderlas. En contraste, los prohibicionistas desean limitar mucho más la libertad individual haciendo que se perciba una ganancia potencial en la salud pública.

Las dos perspectivas también difieren en sus valoraciones sobre la vulnerabilidad de las sociedades modernas a los aumentos sustanciales de disponibilidad de drogas que comportaría cualquier esquema de legalización. La mayoría de los prohibicionistas prevén la posibilidad de que el número de personas dependientes a la cocaína se quintuplicaría, y concluyen que el futuro de la nación podría acabar estando en juego si la cocaína se hiciera tan accesible como el alcohol.

Como John Kaplan escribió en 1988, "Si fuese verdad que se duplicase el número de personas dependientes de la cocaína, sería discutible el que ganásemos la partida, teniendo en cuenta los grandes costes que supondría el tratar a estos usuarios como criminales. Pero, ¿y si el número de adictos a la cocaína se quintuplicase? Simplemente no podemos garantizar que no podríamos llegar a esta situación, y como no podemos, es la dimensión de la irresponsabilidad la que aboga arriesgar el futuro de la nación" (Kaplan, 1988). Avram Goldstein y Harold Kalant declaran con mayor confianza: "No hay razón para dudar que los aumentos de los costes sociales (por la legalización de las drogas) puedan competir con los costes actualmente atribuibles al alcohol" (Goldstein y Kalant, 1990). Por contra, la mayoría de los legalizadores ven estas estimaciones y predicciones como necesidades sin fundamento.

Tanto los legalizadores como los prohibicionistas están de acuerdo en que es necesaria mucha más investigación para apreciar mejor esta vulnerabilidad, pero sospecho que las disparidades más amplias son el reflejo de miedos viscerales, creencias e instintos relacionados con la naturaleza humana individual y colectiva en el contexto de sus sociedades. Donde la mayoría de los legalizadores perciben resistencias instintivas e intelectuales, la mayoría de los prohibicionistas comparten con sus aliados más reaccionarios un pesimismo

fundamental respecto a la susceptibilidad de sus sociedades frente a una importante liberalización de la disponibilidad de drogas.

Las raíces de este debate visceral se podrían encontrar en una relativa diferencia de opiniones respecto a la interacción entre las drogas psicoactivas y la voluntad humana. Típicamente, los prohibicionistas contemplan este equilibrio decantado hacia una sustancia potencialmente capaz de interrumpir y destruir las vidas de los consumidores. Por contra, los legalizadores ponen más énfasis en lo humano, asumiendo que en la mayoría de las personas el equilibrio de los deseos humanos básicos limita de forma efectiva el potencial destructivo de las drogas.

Para muchos prohibicionistas, la evidencia relevante incluye los peores ejemplos de casos de adicción y abuso de drogas, los experimentos con ratas en cautividad, monos y otros animales no humanos, para determinar los riesgos de la adicción de diferentes drogas, y la evidencia biológica de los síntomas de abstinencia en los seres humanos después de un consumo sostenido de una droga en particular.

Por contra, muchos legalizadores se centran en la evidencia menos fuerte pero más abundante del uso de drogas esporádico y controlado, insistiendo que para determinar si una persona se convierte en abusadora de drogas la situación y el escenario del uso de la droga es, como mínimo, tan importante como la droga en sí misma. Estos legalizadores creen que los estudios animales y la evidencia biológica son menos significativos que las cuantiosas evidencias históricas, trans-culturales y contemporáneas, de la resistencia individual y social respecto a todas las drogas psicoactivas. (La situación se refiere a las expectativas que la persona tiene sobre los efectos de la droga, en el contexto de su personalidad. El escenario es el entorno, tanto físico como social, en el que se toma la droga. Weil, 1972; Zinberg, 1984).

Muchos prohibicionistas contemplan algunas drogas psicoactivas como poseídas por poderes mágicos, similares a los de las sirenas que con sus voces seducen de forma irresistible al hombre.

Por contra, la mayoría de los legalizadores creen que esta noción es absurda. Encuentran más convincente la evidencia sustancial de que a muchas personas (incluidos los niños), si se les da suficiente información, no es probable que de entrada usen una droga. Los que prueban una determinada droga tienden a dejarla al cabo de muy poco tiempo, a usarla con moderación o hacerse adictos a esa droga. Pero incluso la mayor parte de los que se hacen adictos, al final dejan la droga o bien la usan moderadamente.

Estas diferencias, básicamente viscerales, dejan mucho espacio a la reflexión de lo que tienen en común: el cómo las políticas de drogas pueden ser reformadas a corto plazo. Incluso los prohibicionistas comparten con sus aliados más reaccionarios una profunda sensación de miedo a una mayor disponibilidad de drogas, faltándoles los compromisos políticos y morales de las políticas represivas. Incluso la mayoría de los legalizadores que sienten una repulsión profunda por las medidas punitivas más prohibicionistas, reconocen la necesidad inevitable de que cualquier régimen de regulación tenga tratados de justicia penal.

El modelo de salud pública, que pone énfasis en reducir la morbilidad y mortalidad, parece que proporciona un conjunto de orientaciones y parámetros ideológicamente neutrales que pueden aportar un conjunto de principios que mejoren las políticas de drogas, aunque los legalizadores son cautelosos con un modelo potencialmente totalitario de la salud pública. Por ello, la reducción de daños proporciona un lenguaje y unos modelos para dirigir los esfuerzos conjuntos de los legalizadores y los prohibicionistas.

También existe el acuerdo entre prohibicionistas y legalizadores en que el gobierno juega un papel muy importante en moldear las vidas de sus ciudadanos. Donde todos difieren es en la visión relativa a los recursos apropiados con los cuales el gobierno debe conseguir este papel. Los prohibicionistas ven la justicia penal y demás mecanismos coercitivos como perfectamente aceptables y eficientes. Los legalizadores están a favor de menos medidas coercitivas y más medidas que vayan desde la educación y los programas de tratamiento voluntarios hasta una mayor provisión de servicios sociales.

También existe un consenso en relación a que el objetivo prioritario de los programas de control de drogas debe ser la minimización de los daños que los usuarios de drogas ocasionan a terceras personas, con una prioridad secundaria, al igual que los objetivos más tradicionales de la salud pública, de minimización de los daños que los usuarios de drogas, especialmente los niños, se ocasionan a sí mismos.

Al margen de este consenso existen diferentes hipótesis con respecto a cuál es el nivel apropiado que deben alcanzar las medidas de control social diseñadas para detectar y restringir el uso ilegal de drogas. Así, entre los que se identifican como defensores del enfoque de salud pública hay algunos que simpatizan profundamente con los legalizadores, pero que prefieren mantener fuera de sus análisis sus valores basados en la ideología y la libertad. Hay otros que ven las sanciones de la justicia penal y las leyes que rigen los compromisos civiles como medidas útiles con las que coaccionan a los usuarios de drogas para que realicen programas de tratamiento (Gostin, 1991).

Conclusión

Existe una gran ambigüedad sobre los objetivos reales que persiguen todos aquellos que muestran su apoyo a lo que se ha llamado reducción de daños.

En los EE.UU. han surgido 2 colectivos diferentes que han tomado posición a favor de la reducción de daños, unos desde una reducción de daños legalizadora y otro desde una reducción de daños prohibicionista.

Legalizadores y prohibicionistas tienen mucho en común, y ello es significativo por 3 razones:

- Existe un marco de análisis común, basado en valoraciones sistemáticas de coste-beneficio, que es considerado como legítimo por todos los analistas serios de las políticas de control de drogas. El hecho de que la evaluación de costes y beneficios varíe ampliamente dependiendo de los valores éticos y suposiciones ideológicas no invalida este marco.
- El marco actual y la dirección de las políticas prohibicionistas de drogas en los EE.UU., y en otros países que han seguido sus pasos, están en disputa con cualquier política concebible basada en los principios de la salud pública o de reducción de daños. Verdaderamente, la única forma de explicar y justificar muchas de las políticas actuales se remite a los miedos, a los prejuicios y al moralismo primitivo que han transformado la política de control de las drogas en una versión moderna de una cruzada autoritaria.
- Los debates sobre políticas de drogas deberían favorecerse a todos los niveles y podrían interesar a muchos grupos sociales, tejido asociativo, grupos de opinión y a la sociedad en general, pues es finalmente a quién se dirigen las acciones políticas.

CAPITULO 4

REDUCCIÓN DE DAÑOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS Y ALCOHOL EN AUSTRALIA: UNA PERSPECTIVA DEL MINISTERIO DE GOBIERNO

PETER STAPLES

La expansión de la infección por VIH en el ámbito general de la comunidad a través de la población que consume drogas por vía intravenosa generó, en muchos países, una tendencia a reevaluar sus políticas de drogas incorporando en ellas la perspectiva de reducción de daños. Australia no ha sido una excepción. Aunque la reducción de los daños relacionados con el consumo de drogas se identificaba al principio con los problemas de VIH / sida y las drogas ilegales, en particular con las inyectadas, existen otros muchos aspectos de la reducción de daños a tener en cuenta, entre los que se encuentra la necesidad de incrementar su espectro a las drogas legales. En los años 80, el Gobierno australiano comenzó a tener en cuenta la reducción de los daños causados por *todas* las drogas.

Para los australianos, drogas como el tabaco y el alcohol representaron, en 1988, un coste aproximado de unos 13 billones de dólares australianos. (Collins & Lapsley, 1991). En comparación, el coste de las drogas ilegales fue aproximadamente de 1,4 billones de dólares australianos. Estas estimaciones, basadas en las investigaciones hechas por importantes economistas nombrados por los Departamentos de Sanidad, de Interior y los Servicios Comunitarios de la Commonwealth, incluían los gastos causados por el tratamiento de las enfermedades asociadas a las drogas, los accidentes provocados por el uso y abuso de drogas, los crímenes, los daños y perjuicios contra la propiedad, y el refuerzo de las medidas legales. A pesar de que esta investigación reconocía la dificultad de hacer frente a todos los gastos causados por los usos y abusos de las drogas ilegales, la misma nos ayudó a tener una idea más clara sobre los costes atribuidos a las drogas ilegales.

Las consecuencias sanitarias, sociales y económicas adversas derivadas del uso de drogas en Australia son substanciales, pero hay razones para el optimismo. Por ejemplo, la proporción de varones que fuman ha disminuido de un 72% en 1945 a un 30% en 1989. La proporción de mujeres que fuman pasó de un 26% en 1945 a un 31% en 1980 y de nuevo disminuyó a un 27% en 1989. A pesar de estas tendencias, aproximadamente 19.000 personas mueren cada año en Australia como consecuencia del consumo de tabaco, representando el 72% de todas las muertes producidas por las drogas y el 15% de todas las muertes por todo tipo de causas. Horroriza pensar que, de hecho, esas cifras son superiores al número de miembros de las Fuerzas Armadas Australianas del Aire que murieron por año en cada una de las dos Guerras Mundiales. Sin embargo, dentro de la población considerada, las muertes provocadas por el tabaco en Australia han disminuido un 6% entre 1981 y 1990 (Departamento de Servicios Comunitarios y de Sanidad, 1992).

Los problemas del uso y abuso de las drogas ilegales, que han caído con todo su peso sobre nuestra juventud, son, en Australia, una fuente de preocupación nacional, a pesar de la magnitud de los problemas asociados al consumo de drogas legales. El Gobierno australiano está sinceramente comprometido en la reducción de los efectos dañinos asociados al uso de drogas ilegales como parte de nuestros objetivos globales para procurar reducir el coste económico, social y personal asociado al uso y abuso de todas las drogas. Tratándose de drogas, esto requiere un cierto grado de objetividad y equilibrio.

Como buenos ciudadanos, Australia desea contribuir a los esfuerzos internacionales, especialmente con los países en vías de desarrollo, formulando políticas para reducir el daño asociado al consumo de drogas. Todas las naciones necesitan encontrar un conjunto de políticas coordinadas en materia de drogas. Sería presuntuoso por parte de los países desarrollados intentar imponer sus propias reglas políticas a los demás. No obstante, muchas de las experiencias de estos países pueden proporcionar una nueva visión y soluciones prácticas a los problemas con los que se enfrentan las naciones en vías de desarrollo.

El concepto de “reducción de daños” puede ser interpretado de diversas maneras. Desde sus comienzos, en 1985, la Australian’s National Campaign against Drug Abuse (NCADA) ha especificado que el propósito de la política de drogas en Australia es “minimizar los efectos dañinos de las drogas en la sociedad australiana” (Department of Health, 1985). Aunque algunos consideren que esa meta representa una “opción blanda” en el trato de las drogas, el Gobierno australiano no lo cree así. El Gobierno australiano no condona el uso y abuso de drogas y cree firmemente que el enfoque de la reducción de los daños es realista. No pensamos que una sociedad libre de drogas sea una meta factible. Además, el Gobierno australiano cree que nuestros esfuerzos alcanzarán su fruto a largo plazo y que engendrarán dentro de nuestra sociedad una actitud responsable frente a las drogas.

La aplicación de la política de drogas en Australia se fundamenta sobre el acuerdo administrativo entre la Commonwealth, seis Estados y dos gobiernos territoriales. Se han creado varias instituciones importantes para la formulación, aplicación y supervisión de dicha política. La Australian’s National Campaign against Drug Abuse (NCADA) es el resultado de un acuerdo de cooperación llevado a cabo entre los Gobiernos Federal, Estatal y Territorial. Es revisada por el Consejo Ministerial de Estrategias contra las Drogas incluyendo los ministerios de sanidad y justicia. El acuerdo apoya el enfoque coordinado y relativamente uniforme para la implantación de políticas y programas relacionados con las drogas en Australia. Australia se ha orientado, y creemos que lo ha logrado, hacia un enfoque equilibrado de las drogas con un conjunto de medidas políticas que reconocen la necesidad de mantener estrategias de reducción de la oferta, mientras que aprueba las estrategias de reducción de daños diseñadas en función de nuestras condiciones nacionales y regionales.

Durante los últimos seis años, la Commonwealth, el gobierno estatal y los gobiernos territoriales invirtieron alrededor de 250 millones de dólares australianos en la NCADA, en una serie de intervenciones para minimizar el daño resultado del uso de drogas. Este trabajo implicó un trabajo en común de la policía, las aduanas y los profesionales de la salud para establecer, mantener y revisar todo un conjunto variado de actividades, incluyendo programas educativos y de tratamiento, programas de información pública en los medios de comunicación, programas de investigación y medidas legales de control. Australia ha tomado parte activa en acuerdos internacionales para reducir el tráfico de drogas ilegales, incluyendo la *Single Convention on Narcotic Drugs* (1961: corregida en 1972) y la *United Nations Conventions Against Illicit Drug Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances* (1988).

Esencialmente, el enfoque australiano de los problemas relacionados con las drogas es comprensivo y al mismo tiempo, multidisciplinar. Está basado en la prevención y la reducción de la demanda de drogas ilegales, el control de la oferta, las acciones contra el tráfico ilegal, y el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios de drogas. La filosofía fundamental y los objetivos de la Cumbre Nacional han permanecido en gran parte intactos durante los últimos seis años. Durante este tiempo, evidentemente, el mundo ha sido testigo de la expansión del VIH / sida. Australia, como otros países, respondió a la amenaza de la propagación del VIH /

sida reevaluando las políticas y servicios de drogas. La posibilidad de una rápida expansión de la infección por VIH como resultado del uso de drogas inyectadas es ampliamente reconocida. En todo caso, en Australia, esta reevaluación no provocó un cambio importante en sus directrices. Más bien, reafirmó el enfoque general de la política de drogas antes mencionada.

Como se ha visto, el tema de la reducción de los daños apareció solamente en escena cuando surgió el problema del sida, aunque las intervenciones en reducción de daños tengan una larga historia e incluso hayan aparecido antes que la epidemia del sida. La importancia del VIH / sida es que representa un riesgo muy elevado para la salud pública y por eso requiere una respuesta prioritaria e inmediata. Desafortunadamente, hoy en día existe una extensa evidencia por parte de un gran número de países de que el VIH / sida representa una amenaza muy grande para la salud de los consumidores de drogas por vía intravenosa. En algunos de los países del sur de Europa, los usuarios de drogas inyectadas representan alrededor de dos tercios de los casos de sida. La infección por VIH es ahora muy común entre los usuarios de drogas en diversas partes de los Estados Unidos de América. Sin embargo, Australia, hasta el momento, ha tenido mucha suerte en la prevención de la extensión de la infección por VIH entre los usuarios de drogas por vía parenteral. Un ejemplo de minimización de daños es el establecimiento temprano y generalizado de los programas de intercambio de agujas y jeringas en casi todos los estados y territorios de este país.

Las organizaciones comunitarias se han comprometido en el desarrollo y puesta en marcha de intervenciones educativas dirigidas a los usuarios de drogas. Esas medidas han contribuido a aumentar el nivel de conciencia entre los usuarios de drogas inyectadas sobre la necesidad de evitar compartir el equipo de inyección y la importancia de desinfectarlo cuando se comparte. Adoptando esta estrategia, el gobierno australiano insiste sobre el hecho de que esto no disculpa el uso de drogas ilegales. Su respuesta reconoce que para muchos usuarios de drogas la abstinencia no es una meta posible, especialmente a corto plazo. Australia apoya activamente las estrategias de reducción de daños tanto para las drogas ilegales como legales. A nivel internacional, Australia ha sido un firme defensor de la importancia de las estrategias de educación y de tratamiento cuyo objetivo sea la reducción de daños. Los gobiernos Federal, de Estado y Territoriales han llevado a cabo numerosos programas con el fin de reducir el daño asociado al uso y abuso de drogas. Esto ha sido descrito más detalladamente en otros documentos separadamente (Consejo Ministerial sobre la Estrategia ante las drogas, 1992).

En Australia, la educación es un componente muy importante de la estrategia comprensiva de reducir los daños asociados a las drogas. La "Ofensiva contra las drogas", que es el instrumento mediático de la National Campaign Against Drug Abuse, empezó a alterar las percepciones que los australianos tienen sobre las drogas. Por ejemplo, en 1989, el 28% de los jóvenes consideraban el consumo de alcohol como el problema más importante entre los adolescentes en comparación al 20% del año anterior. En un estudio encargado por la "Ofensiva contra las drogas", los padres estimaban que "beber demasiado alcohol" era el problema más importante que debían enfrentar los jóvenes australianos.

La educación tiene un significado de importancia vital cuando trata de disuadir a la gente de tomar drogas y les desafía a tomar responsabilidades sobre su comportamiento en relación a las mismas. El Gobierno australiano reconoce que la prevención es un medio muy importante para minimizar el daño asociado a las drogas. Por otro lado, para los que todavía sufren los efectos nocivos del abuso de drogas, la National Campaign Against Drug Abuse ha respaldado diferentes programas de tratamiento y rehabilitación propuestos por los Estados y Territorios.

Entre estos se incluyen, por ejemplo, la expansión de los programas de metadona, el desarrollo de servicios básicos hospitalarios, una importante expansión de la red de asistencia comunitaria y el desarrollo de un servicio de consejo e información telefónica. Los programas de tratamiento con metadona han vivido un aumento de la diversificación y una expansión durante los últimos años, con un incremento del número de pacientes pasando de alrededor de 2.000 en 1985 a casi 10.000 al final de 1991. El tratamiento con metadona está reconocido internacionalmente como un tratamiento apropiado en la dependencia de los opiáceos. Entre los beneficios de suministrar metadona se incluye el de aportar un “momento de respiro” a los usuarios que dependen de la heroína, para ordenar sus vidas sin las dificultades ni los peligros de tener que buscar y consumir heroína ilegal, reduciendo los riesgos de delincuencia y permitiendo mayores oportunidades de ocupación.

Los servicios de tratamiento y de rehabilitación en Australia han sido ampliamente evaluados desde 1985. Los servicios de tratamiento de drogas y del alcohol se están orientado hacia un nuevo modelo de salud pública poniendo el énfasis en intervenciones concretas, tempranas y de corta duración, en individuos con pocos problemas así como en la formación de los trabajadores en general. Sin embargo, se considera necesario llevar a cabo intervenciones más especializadas con aquellos individuos que presenten problemas más graves.

El Gobierno australiano planea seguir con el compromiso de la reducción de daños y ha formulado una serie de nuevos proyectos. La comisión de investigación ha determinado que existe el soporte comunitario. La investigación encargada hasta ahora determinó que existe un apoyo comunitario para utilizar el concepto de “*unidad de bebida*” que permite a los miembros de la comunidad evaluar su propio consumo de alcohol. Sin embargo, la investigación independiente llevada a cabo por la Oficina Federal de Seguridad Vial, indicó que la capacidad de los miembros de la comunidad para medir su propio consumo de alcohol con exactitud es limitada. Por lo tanto, se decidió dirigir una campaña de educación en la comunidad sobre la “*unidad de bebida*”. El Gobierno australiano también planea educar a la gente sobre cómo utilizar el alcohol de manera responsable, basándose en el acuerdo que ya se había logrado, con la “*unidad de bebida*” a través de una campaña de publicidad.

El uso de anfetaminas ha causado una preocupación considerable en los últimos años a causa del fuerte aumento del número de muertes relacionadas con su consumo. Las admisiones hospitalarias, los decomisos y la investigación encargada de determinar el tipo de uso demostró un aumento significativo del consumo recreativo y experimental por parte de los jóvenes de entre 18 a 25 años. Una campaña nacional sobre anfetaminas -particularmente destinada a dicho intervalo de edad- plantea como objetivo reducir el daño asociado al uso de las mismas mediante la generación y refuerzo de actitudes negativas hacia su consumo, dirigida a reforzar la intención, entre los no usuarios, de no probar las anfetaminas, y a generar y reforzar entre los usuarios principiantes y moderados la intención de modificar su conducta.

El Gobierno australiano observa con satisfacción la reducción del 8% del número de muertes debidas a todo tipo de drogas entre los años 1981 y 1990 (Departamento de Servicios Comunitarios y de Sanidad, 1992). Esto incluye una reducción del 17% para el alcohol y una disminución del 6% para el tabaco. A pesar del descenso del 85% de las muertes debidas a los barbitúricos, se observó un aumento del 170% de las muertes debidas a los opiáceos y del 46% de las muertes debidas a otras drogas ilegales. Aunque la mayoría de estas tendencias van en buena dirección, el coste sanitario, social y económico del alcohol y de otras drogas en Australia continua situado en unos niveles inaceptablemente altos.

CAPITULO 5**MINIMIZACIÓN DEL DAÑO Y SALUD PÚBLICA: UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA**

VIRGINIA BERRIDGE

Con la aparición del sida se han producido cambios profundos en las políticas de drogodependencias de Europa Occidental, Australia y, sobre todo, Inglaterra. Desde el punto de vista general, se reconoce que la inexorable propagación del virus de la infección del sida es una amenaza mayor para la salud pública e individual que el abuso de drogas. Los conceptos de minimización y de reducción de daños están en la mente de todos. En Inglaterra, algunos observadores han argumentado que el sida cambió la dirección de las políticas de drogodependencias. Por ejemplo, Fox, Day y Klein (1989), en un estudio realizado sobre las políticas del sida en Suecia, Inglaterra y los EE.UU. señalan:

“El único caso en relación al sida que invalida los objetivos políticos establecidos se ha producido en el campo de las drogas... El gobierno ha abandonado su postura previa de incrementar su política restrictiva y punitiva de drogas, ahora que el sida ha sido considerado como el mayor de los peligros.”

Otros han sido más prudentes, como por ejemplo Gerry Stimson:

“Esas nuevas ideas aparecen como una ruptura con lo anterior, pero las posibilidades de cambios conceptuales y prácticos dependen mucho de los trabajos previos. Tal vez sea más un problema de orientación que de ruptura abrupta con el pasado reciente.”

(Stimson, 1990)

En general, el sida ha aportado una especie de nuevo amanecer, el “nuevo paradigma en salud pública” en política de drogas que pretende la integración de las drogas dentro de la política sanitaria. En el Reino Unido, los programas de intercambios de jeringas jugaron un papel fundamental. Fue el nuevo punto de partida de la política de drogodependencias.

Pero, en realidad, ¿esto fue así? Tomando como ejemplo la política británica de drogodependencias, en este capítulo nos centraremos en dos cuestiones, relacionadas con la “novedad” de la política de drogodependencias postsida. En primer lugar, ¿hasta dónde ha cambiado radicalmente la política de drogodependencias bajo la influencia del sida? ¿Hasta dónde el sida ha sido simplemente un mero vehículo de perfeccionamiento de la política ya existente? Y, desde una perspectiva a más largo plazo, ¿en qué medida es una nueva política? ¿Hasta qué punto los cambios recientes son una ilustración gráfica de los antiguos temas de la política de drogodependencias?

Comencemos con una analogía histórica: la incidencia de la guerra sobre la política social. En los últimos años, los historiadores han analizado con más atención el impacto de la 2ª Guerra Mundial sobre la política social y, en particular, sobre la política sanitaria (Webster, 1988). Han puesto en cuestión la idea de que la guerra haya sido el único catalizador de los cambios políticos, como por ejemplo, en el caso británico, la aparición del Servicio Sanitario Nacional (NHS). El consenso nacional sobre el cambio social surgido a raíz de la guerra parece haber sido poco unánime; el origen del NHS se puede encontrar tanto en los cambios acontecidos por la guerra como en los debates y anteproyectos sobre la protección de la salud

anteriores a esta. ¿Qué guerra hizo que fuera posible que eso ocurriera más rápidamente y de un modo bastante diferente de lo que de otra manera hubiese acontecido? La guerra sirvió para superar los intereses establecidos y la oposición al cambio, pero se mantuvo la continuidad de los servicios esenciales previos a la guerra.

El sida también se ajusta a este paradigma. Como la guerra, el sida evocaba un periodo de reacción política urgente que, en el Reino Unido, alcanzó su clímax entre 1986 y 1987, y que, en el caso de las drogodependencias, continuó hasta 1988 con la reacción gubernamental a la Primera Parte del informe del Consejo Consultivo sobre Abuso de Drogas (ACMD) sobre *el sida y el Uso de Drogas*. Se creó una Comisión ministerial urgente sobre el sida presidida por el Diputado Primer Ministro, William Whitelaw; en febrero de 1986 tuvo lugar la *semana del sida* en televisión, en la que las cadenas de televisión se unieron al Gobierno para emitir programas sobre el “modelo de crisis” y, en noviembre de 1986, se produjo el debate urgente de la Cámara de los Comunes. Muchas de las acciones del gobierno central durante este periodo tenían *sabor* a modelo de crisis.

La “prehistoria” del sida y la política de drogodependencias

Como ya he comentado en alguna parte, el impacto del sida sobre las diferentes áreas políticas no puede ser entendido a menos que conozcamos previamente algo de su “prehistoria” (Berridge, 1992). Por ejemplo ¿qué estaba ocurriendo en el abordaje médico de la salud reproductiva y sexual, o en la educación sanitaria en general, antes del sida? La evaluación del impacto de la enfermedad necesita un marco o estructura similar. Si miramos a la inmediata prehistoria de la política de drogodependencias está claro que, aquí, la minimización de los daños no era de ningún modo un nuevo objetivo político.

A lo largo de los años 80, existía en algunos círculos la opinión creciente según la cual la minimización de los daños era un objetivo más realista que otras propuestas más rígidas con fundamentos médicos, como “tratamientos”, “curas” o “abstinencia”. El concepto tuvo su reconocimiento público en el Informe de 1984 del ACMD sobre prevención, en el cual se abandonó la tradicional clasificación de la prevención en primaria, secundaria y terciaria, en favor de dos criterios básicos: (1) la reducción del riesgo en aquellos individuos que presentan un abuso de drogas y (2) la reducción de los daños asociados al abuso de drogas (DHSS, 1984). Tales ideas eran también comunes en el sector del voluntariado que aumentó de forma importante en los servicios de drogodependencias. Venían acompañadas por la tendencia, tanto a nivel práctico como teórico, de derrocar el “modelo médico” de la adicción como enfermedad que requiere un tratamiento especializado. El cambio en las definiciones recibió la aprobación oficial en el informe de 1982 del ACMD sobre *Tratamiento y Rehabilitación* en el se que decía:

La mayoría de los responsables de las distintas disciplinas estarían de acuerdo en que no todos los individuos con problemas de adicción sufren una enfermedad de dependencia a las drogas... No hay evidencia de características de la personalidad uniformes, ni de tipología individual que llegue a convertir al individuo en un adicto o en un sujeto con problemas de drogodependencias.

Junto al cambio en las definiciones se puso el énfasis en el modelo multidisciplinar, centrado en los problemas de drogodependencias de los distritos regionales y en los comités consultivos locales.

También, a principios y hasta mediados de los años 80, surgió la formación de una “política comunitaria” diferente que apoyaba esas ideas. Se sustituyó la primitiva comunidad médica por otra ampliamente establecida, incluyendo médicos supervisores comprometidos en los servicios de drogodependencias, investigadores, trabajadores sociales así como líderes del sector del voluntariado, y, lo que es más concluyente, funcionarios con los mismos objetivos dentro del Departamento de Sanidad.

El cambio está descrito por los miembros del Consejo Consultivo sobre Abuso de Drogas, principal organismo británico especializado en el asesoramiento de las políticas de drogodependencias. En los años 80, el consejo consultivo reclutó, principalmente, médicos, representantes de los servicios de voluntariado, de la educación para la salud y de la investigación en ciencias sociales. Esta nueva política comunitaria se adhirió a las conclusiones del informe sobre *Tratamiento y Rehabilitación*. Presentaba diferencias sobre cuestiones prácticas, pero el objetivo político de la minimización de los daños relacionados con el uso de drogas se aprobó por unanimidad. Sin embargo, aún existían dificultades para pronunciarse públicamente en relación al consumo de drogas. Faltaba la aceptación política. En 1981, el Instituto para el Estudio de las Drogodependencias publicó un folleto abogando por las técnicas de minimización de los daños producidos por la inhalación de colas que generó una protesta tanto pública como política.

Existía un vacío entre la perspectiva “política” de las drogas y la “política comunitaria”. Esto era así porque, en los años 80, las políticas de drogodependencias, presida, tenían una doble vertiente: una política penal con un perfil público y de medios de comunicación, y una política sanitaria “interna” basada en la desmedicalización, el desarrollo de los servicios comunitarios y la minimización de los daños. El sida, como la guerra y el NHS, dio este último impulso a la viabilidad política. Una política que, en principio, sólo podía avanzar despacio, como la parte sobreentendida de la política penal, y que surgió como resultado del sida. Así lo comentaba un antiguo funcionario médico:

El sida es como un desencadenante que lleva a los consumidores de drogas a preocuparse por vez primera...El mundo de la droga puede ‘enfriarse’ a través del sida... Es una oportunidad de oro para hacerlo bien por primera vez.

La investigación llevada a cabo por los científicos sociales constituyó un factor de legitimación muy importante -en sí una contundente observación sobre el poder de la nueva política comunitaria y la compleja relación entre la investigación y la política en el terreno de las drogodependencias-. Pero también la buena voluntad de los políticos conservadores impulsó el cambio. Fue Norman Fowler (ministro general del DHSS) con la defensa de los programas de intercambio de jeringas quien ganó la batalla crucial en el ámbito político. Lo que era una política interna se transformó también en una prioridad para los políticos. Este enfoque no encontró unanimidad dentro de las filas conservadoras. Sir Bernard Braine, portavoz de las políticas sobre drogodependencias durante mucho tiempo, comentó:

Si las agujas y las jeringas sucias y reutilizadas son el principal vehículo de transmisión de la infección entre los usuarios de drogas, ¿la provisión gratuita de material

de inyección no acabaría siendo un medio para que la infección se extienda más ampliamente? ¿No es eso el equivalente a intentar controlar una epidemia de viruela proporcionando frascos de viruela a la población en general?

(Hansard, 1986)

Sin embargo, se estableció un modelo consensual liberal. Se adoptó la propuesta general de minimización de daños y el sexo seguro, no la prohibición ni la segregación social. Un antiguo político conservador consideraba la política de drogodependencias post-sida como “un aumento controlado de la disponibilidad interna y una marcada prohibición externa”. El pragmatismo estaba al orden del día. A este nivel, el impacto político del sida suscita algunas preguntas fascinantes sobre la realidad de la supuesta revolución Thatcher sobre el “Nuevo Derecho” en el gobierno y acentuó la continuidad de la política tradicional en lugar del cambio.

La reducción de los daños como objetivo a largo plazo en política de drogodependencias

Necesitamos también mirar más atrás de los años 80, por lo que quiero defender que la propuesta de reducción de los daños, ampliamente definida, ha sido un tema consistente en la política de drogodependencias de Gran Bretaña incluso antes de esta década. Para sostener mi opinión, quisiera analizar otros dos periodos de crisis y de cambios políticos en el siglo veinte. Me refiero a los debates sobre el control de drogas de los años 20; y la respuesta urgente a la epidemia de drogas de los años 60. En los años 20, la respuesta firme y con carácter urgente en relación al uso de drogas alcanzó su apogeo en el periodo de postguerra. Aunque el número de casos de adictos estuviera en sus niveles más bajos, el Ministerio del Interior, inspirado por el modelo americano y por su nueva responsabilidad respecto al control de drogas bajo la “*Dangerous Drugs Act*” de 1920, vio la solución en forma de prohibición, tratando la adicción a través de repuestas jurídico-penales. Se ha explicado muchas veces la historia de cómo la profesión médica defendió su rol y el concepto de adicción como enfermedad a través del Comité Rolleston de 1924-1926 (Berridge, 1984). Desde nuestro punto de vista, lo más significativo es el principio descrito en el informe de 1926, que justificaba la legitimidad de la prescripción de mantenimiento:

Cuando se hayan hecho todos los esfuerzos posibles y se haya fracasado en el intento de conseguir que el paciente no dependa de las drogas, podría resultar justificable en ciertos casos prescribirle regularmente la dosis mínima que se considere necesaria, tanto para evitar los síntomas de abstinencia, como para mantener al paciente en unas condiciones en las cuales puede llevar una vida provechosa.

(Informe Rolleston, 1926)

Este era el marco en el cual la minimización de los daños era “el todo” para el consumidor de drogas, aunque también fuera el medio de permitir al adicto llevar una vida “útil” y económicamente productiva.

Esto fue una variante de los principales argumentos sanitarios y humanos del siglo XIX. Cuando se trata de mejorar la salud de la población, la propuesta de salud pública recurre invariablemente a una justificación económica. En los años 60, mi otro ejemplo de la minimización de los daños como concepto duradero en política de drogodependencias, los

argumentos abarcaron más directamente la dimensión social. Como en los años 80, la “epidemia”, en este caso, de adicción a las drogas, incorporó los conceptos de “enfermedad infecciosa”, de “salud pública” y de “crisis nacional”, al discurso oficial.

El Informe Brain de 1965 consideraba la adicción como “condición socialmente contagiosa”, una enfermedad que, “si se permitiera su desarrollo sin límites, se convertiría en una amenaza para la comunidad”. La introducción de la necesidad de notificación y tratamiento obligatorio (el último posteriormente abandonado) eran unos clásicos de la salud pública. El argumento clínico era la minimización del daño, pero, como en los años 80, enfocada tanto en la comunidad como para el individuo usuario de drogas. Los médicos de los centros de drogodependencias tenían que prescribir opiáceos para socavar el mercado negro, aunque en menor cantidad, con el fin de evitar la aparición de nuevos usuarios. Max Glatt, un psiquiatra comprometido con los debates sobre la instalación de dispensarios recordaba:

La mayoría de nosotros éramos muy contrarios a la prescripción de lo que considerábamos drogas asesinas. Pero al final, cuando nos preguntaron por los nuevos centros de drogodependencias, los argumentos fueron que si no prescribíamos, el mercado negro se encargaría de ello. El objetivo era apartar la prescripción de narcóticos de las manos de los profesionales privados y ponerla en manos de los médicos del Sistema Público de Salud en clínicas especialmente autorizadas. Al mismo tiempo que unos detestaban la labor, otros participarían, como si fuera un mal menor. Pero es erróneo decir (como lo hace la gente ahora) que en aquel momento pensábamos que eso era el *tratamiento* para las adicciones a las drogas. Era solamente una especie de primer auxilio...

(Glatt, 1991)

El tratamiento era de menor importancia para la minimización de los daños sociales.

La reducción de daños del siglo diecinueve

Si echamos un vistazo al siglo diecinueve, se observa que, tanto el control formal como informal de las drogas, estaba justificado. Los debates sobre la necesidad de aumentar el control formal de la venta de opiáceos en el siglo XIX se debían, en su mayor parte, a las aspiraciones profesionales tanto de los médicos como de los farmacéuticos; posteriormente, el control exclusivo del opio siguió estrategias tanto profesionales como económicas.

En el terreno de la salud pública, el control profesional también estaba justificado por la necesidad de acabar con el dopaje de los niños, las sobredosis de opiáceos, los abusos de la adulteración y la venta no restringida. La forma de control estaba establecida a un nivel que equilibraba tanto las necesidades de las marcas farmacéuticas como la valoración realista que los propios consumidores necesitaban para poder funcionar. Spencer Walpole, Secretario de Interior en la época de los debates sobre los diversos efectos de la intoxicación de los años 1850 y 1860, resumía su postura: “Si se oponen dificultades para proveer con pequeñas cantidades a las personas que lo desean, se interfiere inoportunamente con esas necesidades de la misma manera que con el comercio farmacéutico” (Hansard, 1859). Una técnica sugerida fue la del profesor Alfred Taylor quien aconsejó dar un certificado semestral a las personas que necesitaban una dosis regular de opio para que pudieran conseguir la sustancia en las farmacias del barrio (Taylor, 1857).

El desarrollo del control profesional fue a un cierto nivel estimulado por el reconocimiento de la necesidad de mantener un equilibrio. Como lo comentaba el Doctor C.R. Francis, en 1882, en el caso de un amigo suyo que era un adicto estable y que llevaba una vida plena:

Complaciendo el prejuicio popular contra el consumo de opio ingerido, el Sr. A. intentó varias veces dejarlo... Sin duda lo hubiera conseguido a la larga, como lo han hecho otros, pero... disfruta de una excelente salud, es capaz de desarrollar una buena jornada de trabajo (tanto mental como físicamente) y se libera totalmente de una serie de trastornos menores, de origen nervioso, que solían molestarle antes de empezar a tomar opio.

(Francis, 1882)

Las disposiciones y controles informales operaron algunas veces en oposición a las estructuras profesionales formales, pero existía una valoración realista del equilibrio de los daños. El Doctor Rayleigh Vicars, durante el tratamiento de uno de sus pacientes en Lincolnshire, descubrió que sus intentos de llevar a cabo el tratamiento se veían obstaculizados por los familiares y amigos del mismo, convencidos de que la abstinencia le hacía más daño que bien, lo que le condujo a ofrecerle, generosamente, sus propias reservas de láudano (Rayleigh Vicars, 1893).

Reducción de daños y tensiones en la política de drogodependencias

Evidentemente, la reducción o minimización de los daños no deja de tener su historia pero extraer ejemplos del pasado para explicar problemas actuales puede ser tendencioso. En la parte final de este capítulo, intentaré redimirme brevemente prestando más atención a algunos de los debates más complejos de la política de drogodependencias y la manera en que se relacionan con los problemas de la reducción de daños. Hasta ahora he hablado sobre el presente y pasado de los enfoques de la minimización de los daños como si casi no nos quedara tiempo. Pero cualquier buen historiador sabe que la esencia de un análisis histórico refleja la sensibilidad hacia un momento particular, sujeta a estructuras y conceptos, interpretando el pasado a partir de sus propios términos, no a partir de los nuestros. La propuesta de la minimización de los daños se ha desarrollado en medio de diversos conflictos, a veces interconectados entre sí.

El paradigma clásico de numerosos análisis ha sido el debate entre las formas de control penales y médicas el cual, por sí sólo, es un enfoque demasiado simplista, tal y como lo argumentaré más adelante. En suma, existen, y existieron diversos conflictos entre las diferentes formas de control médico, entre los modelos curativos individuales y los dirigidos a la comunidad. El más reciente abarca el concepto de salud pública. Pero incluso este concepto no ha permanecido sin cambios. La salud pública evoca una imagen de las batallas del siglo diecinueve contra la enfermedad y las pobres condiciones de vida, especialmente bajo el impacto de la revolución bacteriológica que asigna causas médicas específicas a las enfermedades. La higiene social, con su énfasis sobre la responsabilidad individual de la salud, ha reformulado la salud pública durante la primera parte de este siglo. El nuevo paradigma de salud pública de los años 70 y 80 con su énfasis en el estilo de vida individual y la prevención, ha reavivado, hasta cierto punto, las primitivas preocupaciones, aunque también han existido grandes esfuerzos para ampliar el paradigma de la salud pública y delimitar cuestiones de desigualdad y de estructura social.

De esa manera, el concepto de “salud pública” contiene, en si mismo, la semilla de un enfoque médico centrado en el individuo. El equilibrio de fuerzas entre los tipos de enfoques puede cambiar a través del tiempo. En el siglo XIX, la “salud pública” se centró sobre el dopaje infantil o en el uso de opiáceos en la clase obrera industrial, que se vio estimulada por la crisis urbana de industrialización; esto dio lugar a un enfoque individual de las teorías médicas sobre la adicción y las enfermedades. El cambio en las distintas áreas de la salud pública sobre el control de enfermedades potencialmente epidémicas, justificado por Brain, giró imperceptiblemente en los años 70 hacia un enfoque individual, enfoque orientado hacia el tratamiento de la abstinencia. Siempre ha habido una tensión implícita en la política de drogodependencias entre los modelos curativo y preventivo, así como en otras áreas de la política sanitaria.

El debate existente entre los enfoques penal y médico es también más complejo que lo que el mero posicionamiento de los oponentes mostraba. Veamos algunos ejemplos históricos. En el siglo XIX, los defensores del alcoholismo como enfermedad, consideraron el tratamiento como una alternativa más humana que el encarcelamiento, pero fundamentalmente eran partidarios de una prisión obligatoria en centros sanitarios para alcohólicos, es decir, una cárcel bajo control médico en vez de penal.

También en los años 20, el Informe Rolleston en defensa del liberalismo humanitario de los tratamientos de drogodependencias se dirigía solamente a los adictos de clase media cuyos médicos eran probablemente tratados. La “Cloridina”, en tanto que bebida alcohólica de la clase trabajadora, no estaba aún incluida entre los términos de referencia; y los especialistas otorgaban al uso de opiáceos en las cárceles una respuesta más rigurosa: los tratamientos obligatorios y “a la brava” eran, ambos, apropiados. Lo más importante de todo fue que Rolleston no señaló ningún “triumfo” médico autónomo. La prescripción de mantenimiento funcionaba dentro de un sistema de control nacional e internacional, en el que las perspectivas del Ministerio del Interior fueron predominantes. La forma en que este equilibrio de fuerzas operaba podría fácilmente modificarse con el tiempo.

El sida y sus consecuencias en la política de drogas del Reino Unido han puesto en evidencia esas tensiones en toda su complejidad. En cambio la llamada “normalización” del uso de drogas por vía de la minimización de los daños en ciertos aspectos pareció traer un renacimiento del compromiso médico, tanto en términos prácticos como en el establecimiento de conceptos sobre el tema. Esto ha hecho que los médicos vuelvan a poner el énfasis en la prescripción como opción, centrando su atención en el papel que juega el médico general y en la salud de los consumidores de drogas.

Los clínicos han empezado a interesarse en problemas tales como la hepatitis B y C, que anteriormente apenas se trataban. La necesidad de atraer a los usuarios de drogas que normalmente no estaban en contacto con los servicios, evidenciada por una serie de informes oficiales, ha servido para elevar el concepto de acercamiento, que recuperó su posición como un principio inalterable. El sida sirvió para reavivar otros argumentos médicos en torno al tratamiento. La prescripción de metadona como aliciente para atraer a los consumidores a los servicios y alejarlos del peligro de intercambiar las jeringas reproducía los argumentos de los años 60, cuando la prescripción era la solución para atraer a los adictos a los servicios y así prevenir a la sociedad de sus consecuencias.

El viejo argumento de la “prescripción competitiva” reapareció con el sida. Cada vez más, los servicios de las ONGs (no-médicos) y los institucionalizados (médicos) establecieron relaciones más estrechas y las diferencias entre ellos se desdibujaron, proceso que se vio

acelerado por las reformas del Sistema Nacional de Salud, lo cual debe mucho a la evolución general en la política sanitaria. Hasta ese momento, como el poder de las relaciones se mantenía, la situación ilustraba de forma gráfica la influencia de una política duradera sobre la profesión médica. Tanto los médicos funcionarios como los médicos especialistas eran de importancia clave. Sin el apoyo de unos médicos influyentes y bien situados, las “nuevas tendencias” corrían el riesgo de no mantenerse políticamente. En resumen, en aquel tiempo, la retórica no-médica de la política post-sida ocultaba algunas tendencias claras hacia el mantenimiento o incluso hacia el incremento de la contribución sanitaria en términos de tratamiento y de servicios, y reavivaba el enfoque médico de algunos viejos argumentos. El que eso pueda haber sido considerado como “des” o “re”-medicalización, depende de la perspectiva que se adopte.

Podemos también establecer una conexión entre estas tendencias y el conjunto de debates ya mencionados –la interpretación de salud enfocada hacia el individuo o a la comunidad. El modelo de “salud pública” de la política post-sida aplicado a las drogas se mantuvo dentro de una perspectiva individual–. El énfasis de la educación sanitaria personalizada sobre el usuario de drogas como si fuera una persona “normal”, responsable de sus propios actos, resumió los elementos clave de la “nueva salud pública”. De la misma manera que con las anteriores respuestas dadas desde la perspectiva de salud pública, existe la posibilidad de cambio hacia una respuesta médica individualizada. La distancia conceptual entre las definiciones presentes es mínima.

También las diferencias conceptuales entre el enfoque penal y médico han desaparecido bajo la incidencia del sida. La enorme incidencia del VIH entre la población reclusa ha llevado a introducir la reducción de daños dentro de los servicios médicos de las cárceles, y a tener presentes los aspectos penales en relación a la respuesta al tratamiento y la rehabilitación. El “Servicio Médico de la Cárcel” se transformó en Servicio de Salud; pero los delincuentes también podían ser “condenados” (antes del proceso) a un tratamiento (Bild, 1992). Desde una perspectiva histórica se podrían señalar ejemplos de casos de embriaguez que causaron tratamiento obligatorio, defendido por Brain ante la propagación epidémica de la adicción. Timothy Harding comentó que el VIH ha centrado la atención sobre los aspectos sanitarios de la respuesta penal; pero también ha enfatizado los aspectos punitivos de la medicina.

Se podría tachar de ignorante al historiador que intentara predecir el resultado de una política a largo plazo. La historia, tema subyacente de este capítulo, ha estado ausente en los primeros debates políticos sobre el sida y el uso de drogas, a pesar de la larga tradición existente en política de drogas, de “apoyarse en la historia” para mantener una línea particular. En todo caso, esta vez, la consecución de los objetivos políticamente establecidos se vio favorecida porque se consideraban como si fueran objetivos nuevos y sin vínculos de relación con las políticas de drogas del pasado. En este capítulo hemos intentado demostrar que muchos aspectos de los cambios políticos dieron lugar a *la continuidad de las diferentes políticas pre-sida*. La guerra y la crisis –nuestra inicial analogía– han inducido a algunos cambios, pero los temas clave reaparecen de nuevo. Las complejas tensiones históricas sobre política de drogas han reaparecido con el sida. Sea cual sea el futuro de esa política, no podrá escapar a su propia historia.

CAPÍTULO 6

CONSEGUIR LA REDUCCIÓN DEL DAÑO A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN

JULIAN COHEN

En los últimos años, el Reino Unido, como muchos otros países, ha registrado un aumento del consumo de drogas ilegales entre los jóvenes. A pesar de esa tendencia, muy pocas investigaciones se han dedicado a examinar los patrones de consumo entre los más jóvenes. La evidencia de que disponemos proviene esencialmente de la investigación, relativamente pequeña, llevada a cabo a nivel local. En mi área de trabajo, Tameside en Greater Manchester, llevamos a cabo una encuesta entre jóvenes de 15 años (Cohen, 1989). Descubrimos que casi un tercio de los entrevistados decían haber tomado drogas ilegales o disolventes, y que el 10% de estos eran, en su mayoría, consumidores regulares de cannabis. Esos resultados fueron similares a los obtenidos en otros estudios llevados a cabo en otras partes de Reino Unido (Newcombe y O'Hare, 1987; Diamond, 1988; Parker, Bakx y Newcombe, 1988; Swadi, 1988). En Tameside, desde 1988, los estudios realizados a pequeña escala así como la evidencia anecdótica indicaron lo siguiente:

1. El número de jóvenes experimentando y consumiendo de manera regular drogas ilegales ha aumentado.
2. Los jóvenes tienen una más amplia gama de sustancias a su alcance. En particular, se constata la introducción del éxtasis, un aumento del consumo del cannabis, de anfetaminas y de LSD.
3. El promedio de edad del primer consumo está disminuyendo.

Colegas de otras partes del Reino Unido, han detectado tendencias similares, tales como que en otras zonas y grupos, el consumo de drogas ilegales está reemplazando al consumo de alcohol como principal actividad recreativa. Las investigaciones han demostrado que el número de consumidores y la frecuencia del consumo aumentan en los jóvenes de más de 16 años (ISDD, 1990) y que este consumo creciente de drogas entre los jóvenes es un fenómeno duradero, que va desde los años 60 hasta el final de los años 80 (Wright y Pearl, 1990). Las previsiones son que esta tendencia continuará en los años 90.

La respuesta al uso de drogas de los jóvenes: Prevención primaria

Al igual que en otros países occidentales, la principal respuesta del Reino Unido a los niveles crecientes de consumo de drogas entre los jóvenes, ha sido el desarrollo de programas llevados a cabo en la escuela y los medios de comunicación, basados en la prevención primaria o según el nuevo lenguaje técnico "reducción de la demanda". El mensaje era "Di no a las drogas" y la abstinencia ha sido considerada como la única meta legítima.

La prevención primaria se ha desarrollado a través de los años y en ella se han identificado diferentes tipos de intervenciones :

1. El método de choque, ejemplificado en películas como "*Better Dead*", consistente en la utilización del discurso del ex-yonki centrado sobre los horrores del consumo de drogas o las campañas antidrogas de la televisión pública del Reino Unido.

2. El método de la información, por medio del cual los jóvenes conocen la realidad de las drogas (particularmente de sus peligros) basado en el supuesto de que si conocen “los hechos” respecto a drogas, decidirían no consumir.

3. El método de las actitudes / valores, por medio del cual se intenta desarrollar la “responsabilidad personal” y una “fuerte convicción moral” y en el que se enfatiza sobre el atractivo de un estilo de vida “libre de drogas”.

4. Enseñar estrategias de rechazo basándose en una visión los jóvenes son presa fácil de la presión de su grupo iguales para que tomen drogas y están necesitados de aprender habilidades para “decir no”.

5. Enseñar habilidades de toma de decisiones – una versión más sofisticada del punto 4 - , en la que hablar de drogas no es tan sólo afrontarlas y cuyo supuestos básicos son, por una parte, que los jóvenes carecen de habilidades básicas para tomar decisiones racionales y que, por otra, si adquieren esas habilidades decidirán no tomar drogas.

6. Diseñar alternativas a la “subida” por medio de las cuales se intenta reemplazar los efectos excitantes producidos por el consumo de drogas con otras formas de riesgos tales como el *puenting*, *rafting*, etc., suponiendo que de esta forma los jóvenes no volverán a necesitar drogas.

7. Mejorar la autoestima enfatizando en que lo importante es la persona y no las drogas *per se*, reforzando así la idea de que los que consumen drogas son chicos con problemas de autoestima.

8. La educación a través de los iguales cuya lógica es que si los jóvenes no escuchan los consejos de los adultos, se supone que prestarán más atención al mismo mensaje dado por personas de su misma edad.

La lista anterior no es cronológicamente exhaustiva. En cuanto un método ha sido juzgado ineficaz, inapropiado o incluso, contraproducente, una nueva manera de difundir el mensaje antidroga ha sido imaginada. La educación por medio de los iguales es el modo más recientemente utilizado en la prevención primaria de la educación sobre drogas en el Reino Unido. En todo caso, los antiguos métodos, y en particular el de choque, siguen vivos y efectivos. Debido al nuevo “pánico moral” por el consumo de drogas entre los jóvenes, actualmente somos testigos de más campañas de choque, en los medios de comunicación, en las producciones de teatro en las escuelas, etc. Éstas se basan en la excitación que provoca el temor y en el resurgimiento de la implicación policial en la educación sobre drogas en las escuelas. En el mundo de la educación sobre las drogas, las viejas costumbres mueren con dificultad.

Críticas a la prevención primaria

El primer punto a tener en cuenta es muy sencillo pero mucha gente se niega a aceptarlo, a pesar de su evidencia. La prevención primaria no funciona. Un gran número de estudios de evaluación han demostrado que todo tipo de programas de educación en prevención primaria y de campañas de los medios de comunicación han fracasado en su propósito de prevenir o reducir el consumo de drogas ilegales entre los jóvenes (Kinder, Pape y Walfish, 1980; Schaps et al., 1981; Sheppard, 1985; Bagnall y Plant, 1987; De haes, 1987; Coggans et al., 1990; Dorn y Murji, 1992). Algunos estudios han incluso concluido que el método de choque así como el de información pueden seducir y fomentar el consumo de

drogas entre los jóvenes (De Haes y Shuurman, 1975; Schaps et al. 1981). A un nivel macro, los países occidentales han destinado grandes recursos a los programas de prevención primaria al tiempo que el consumo de drogas aumentaba entre los jóvenes. El análisis crítico de la prevención primaria sugiere que esta se basa en unos supuestos insostenibles sobre el consumo de drogas de los jóvenes y que continuará siendo ineficaz de cualquier forma.

La prevención primaria supone que el consumo de drogas en los jóvenes es un comportamiento irregular, e incluso, patológico, y que los jóvenes que toman drogas sufren, de alguna manera, de una falta de conocimiento, habilidades o de autoestima. Se ignora el hecho de que el consumo de drogas es funcional, proporciona beneficios inmediatos y es vivido, la mayoría de las veces, como placentero, con sólo una pequeña minoría experimentando problemas significativos. (Moore y Saunders, 1991). El supuesto ampliamente sostenido de que los jóvenes consumidores de drogas son personal o socialmente inadaptados no está demostrado (Segal et al., 1980; Bentler, 1987; Pearson, Gilman y McIver, 1987; Schedler y Block, 1990). De hecho, la evaluación más reciente del impacto de la educación sobre drogas entre los jóvenes señaló que las prácticas de salud positivas y una alta auto-estima no impiden el uso de drogas y que los líderes de los grupos de iguales son, a menudo, los primeros en experimentar con drogas y ensayar con nuevas experimentaciones (Coggans et al., 1991). La baja autoestima puede relacionarse con el consumo de drogas caótico, problemático, pero no divide *per se* a los consumidores de los no-consumidores.

La prevención primaria se basa en el individualismo y en la víctima a la que culpar (Wibberley y Whitelaw, 1990). Esto provoca la diferenciación clave entre “consumidores” y “abstemios” y fija su atención en la necesidad de los individuos, de resistir a “la presión de los iguales” a consumir drogas. La presión de los iguales está considerada como una fuerza negativa y amenazadora, a pesar de que los grupos de compañeros sean tan importantes, y generalmente sean experimentados positivamente por los jóvenes. Tal como Glassner y Loughlin (1987) enfatizaron en un estudio llevado a cabo sobre los jóvenes consumidores de drogas, “la presión de los iguales” es utilizada como estereotipo negativo de los jóvenes y raramente es utilizada para proporcionar explicaciones propias de un comportamiento adulto.

La prevención primaria ofrece inevitablemente una imagen triste del consumo de drogas, hasta el punto de hacer a menudo afirmaciones engañosas, de perpetuar los estereotipos y de exagerar los peligros. A veces este es deliberadamente el caso –“mentiras profilácticas”, según las palabras de Trebach (1987).

La realidad del consumo de drogas en los jóvenes desmiente a menudo la información y los mensajes que les da la escuela o los medios de comunicación. El resultado es que muchos jóvenes no se creen tales fuentes de información y el dialogo, entre los jóvenes consumidores de drogas, o que contemplan esta posibilidad de consumo, y los adultos es mínimo. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en mi localidad, preguntamos a unos jóvenes de 15 años (menos de un tercio de los cuales dijo haber tomado drogas ilegales o disolventes), con quién se sentirían capaces de hablar si ellos, o un amigo suyo tuvieran problemas con las drogas (Cohen, 1989). Solamente el 41% dijo que podría dirigirse a sus padres, el 33% con un educador de barrio, el 31% con un profesor del colegio, el 22% con su profesor tutor escolar y un 10% con su profesor principal. Un peligro de la prevención primaria es que empuja al secretismo sobre el consumo de drogas y acaba produciendo aumentando la percepción de que el consumo de drogas es algo patológico, desviado. – algo contra lo cual el sociólogo inglés, Jock Young advirtió en su estudio sobre el consumo de drogas desde el principio de los años 70 (Young, 1971) -. Un peligro adicional consiste en no tener nada relevante que decir al

siempre creciente número de jóvenes que escogen tomar drogas por lo que la prevención primaria contribuye por, sí sola, a aumentar los daños asociados al consumo.

Educación para la Reducción de Daños asociados al consumo de Drogas (HRDE)

La toma conciencia de la ineficacia de la prevención primaria para dirigirse a la realidad de los jóvenes consumidores de drogas, junto al fomento de la práctica de la reducción de daños en el campo del tratamiento, especialmente sobre el VIH y del consumo de drogas inyectadas, en el Reino Unido se ha desarrollado un nuevo enfoque de la reducción de daños en la educación sobre las drogas (Kay, 1986; Newcombe 1987; Clement, Cohen y O'Hare, 1988). Aunque la HRDE sea una forma diferente de prevención primaria, es también una alternativa a ella. Según Newcombe la reducción de daños es:

Una política social que da prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de drogas. Esta estrategia se está convirtiendo en la principal alternativa a los enfoques basados en la abstinencia, cuyo propósito principal es disminuir la frecuencia o incidencia del consumo de sustancias tóxicas. Los antecedentes de la reducción de daños se sitúan en el modelo sanitario científico, con raíces más profundas en el humanitarismo y el libertarismo. Por tanto contrasta con la teoría de la abstinencia, que se arraiga más en el modelo punitivo de aplicación de la ley y en un paternalismo médico y religioso.

(Newcombe, 1987)

En contraste con la prevención primaria, la HRDE considera el consumo de drogas como una parte normal del comportamiento adolescente. Probar nuevas sensaciones y estados de conciencia, experimentar y correr riesgos, así como hacer lo que los adultos dicen que no hay que hacer, pueden ser unos aspectos positivos e importantes del desarrollo, útiles definir la propia identidad y demostrar la independencia. De la misma manera que con la actividad delictiva en general, muchos jóvenes moderan o abandonan su consumo de drogas ilegales cuando se ven sobrecargados por los límites sociales y económicos de la edad adulta para incorporar, entonces, las prácticas del consumo de drogas legales socialmente mejor aceptadas.

Responder positivamente al consumo de drogas de los adolescentes puede considerarse como una operación de poder en la cual la meta es reducir el número y la gravedad de las víctimas. Como los escribieron recientemente Davies y Coggans (1991) en su libro sobre el consumo de drogas en la adolescencia: "si no podemos persuadir a nuestros consumidores de drogas para parar inmediatamente, podemos al menos mantenerlos lo más sanos posible hasta el momento que decidan hacerlo por ellos mismos".

La HRDE es más bien una prevención secundaria que primaria, de acuerdo con la idea de que no podemos prevenir contra el consumo de drogas en sí, y que intentar hacerlo puede incluso resultar contraproducente, más vale educar sobre drogas que contra las drogas (O'Hare, 1988). Se trata de no-juzgar, ni disculpar o condenar el consumo de drogas, sino de aceptar lo que es y seguirá siendo. Como tal, se trata de la educación del consumidor. Una meta clave es desarrollar un diálogo abierto y honesto con los jóvenes. Uno de los principio clave es el respeto del derecho de los jóvenes a tomar sus propias decisiones en lo que se refiere a las drogas.

Los beneficios, así como los riesgos del consumo de drogas deben ser considerados dentro del contexto en el que el consumo tiene lugar. Los efectos y riesgos potenciales del consumo de drogas dependen de las drogas, de la manera de tomarlas y de factores contextuales (Zinberg, 1984). Lo que se toma, cómo, cuánto, con qué frecuencia, cuándo, dónde, porqué, con quién, etc., son todos una serie de datos importantes para determinados resultados. Como lo comentaba Dorn (1987) en particular, son los jóvenes principiantes quienes se encuentran más “confusos acerca de cuánto tomar, dónde tomar, cómo controlar los efectos, qué pensar de la experiencia retrospectivamente, cómo reaccionar frente a las reacciones reales o imaginarias de los demás, etc.”

Los jóvenes de mi localidad han vivido algunos de los principales daños relativos al consumo de drogas tales como conflictos con sus padres y con la autoridad, experiencias inquietantes y accidentes mientras estaban bajo sus efectos, enfermedades debidas a la actividad sexual (incluso un embarazo no deseado y transmisión del VIH), llegando a tener un expediente criminal, y el peligro de perder la conciencia y de tener una sobredosis.

Reducir esos daños potenciales implica manipular la droga, las maneras de tomarlas y su contexto. Esos factores están influenciados por las políticas sociales y económicas pero también pueden estar afectados por la educación sobre drogas. Para ser capaz de manipular las drogas, las formas de tomarlas y los factores contextuales, los jóvenes necesitan tener información sobre ellas, sobre sus propiedades y efectos, aprender a reducir los riesgos, conocer la ley y sus derechos legales y donde encontrar ayuda cuando se necesita. (Recientemente, algunas agencias de drogas han despertado al hecho de que su servicio de prevención no se han enfrentado a las necesidades de los consumidores de drogas más jóvenes). Necesitan también desarrollar una amplia serie estrategias de evaluación, comunicación, asertividad, resolución de problemas, toma de decisiones y un consumo seguro. Aunque la información es crucial, es de uso limitado a menos que los jóvenes hayan desarrollado habilidades con las cuales puedan actuar sobre esto.

Además de tomar decisiones sobre su propio consumo, los jóvenes juegan un papel crucial respecto de sus compañeros en la transmisión de información y sugerencias, así como en el cuidado y la ayuda mutua. En vez de empujar los jóvenes a “resistir a la presión de sus iguales” y perpetuar estereotipos negativos, la HRDE tiende a fomentar “el apoyo positivo de los compañeros”, desbancar estereotipos, desarrollar actitudes más asequibles hacia los consumidores de drogas y estrategias de apoyo. No son ideas teóricas fantasiosas. Su aplicación práctica pueden salvar vidas.

Era corriente en mi localidad, para los jóvenes que usaban ciertas drogas de manera caótica, ser estereotipados y rechazados por sus compañeros, lo que aumentaba su aislamiento y los exponía a riesgos mayores. Incluso, más alarmante todavía, existen varios ejemplos de situaciones donde esos jóvenes sintieron pánico y se pusieron a correr cuando sus compañeros habían perdido la conciencia. En algunas situaciones, saber poder realizar los primeros auxilios hubiese salvado vidas.

El modelo exacto que desarrolla la HRDE, en la práctica, dependerá de la situación local y de las necesidades individuales y del grupo. El “educador” debe conocer bien su grupo, establecer una relación de confianza y negociar de manera más detallada el contenido y los métodos con los individuos. El profesor, instructor o trabajador social es, de esa manera, un facilitador. La HRDE incluye los nuevos desarrollos de la Educación Personalizada, Social y Sanitaria, reconociendo la necesidad de unos métodos de trabajos en grupo y la integración de

una educación sobre drogas en las escuelas, los colegios o en los planes de estudios de los jóvenes (Clements et al., 1988).

Es importante poner el énfasis sobre el hecho de que la HRDE es adecuado entre los actuales consumidores y no-consumidores. A parte de los problemas asociados con los consumidores (¿cómo se sabe?, ¿quién elige?, ¿sobre qué base?, ¿es que llegará a ser una profecía de auto cumplimiento?) tenemos que reconocer que numerosos no-consumidores actuales pueden empezar más tarde a consumir y que esos no-consumidores juegan un papel importante en la comprensión y el apoyo a los consumidores.

Material para la Educación sobre Reducción de Daños asociados al consumo de Drogas

Hasta hace poco, los principales materiales para educación sobre las drogas en el Reino Unido se habían basado en la prevención primaria. Para remediar esa situación, tres profesionales de la educación sobre drogas escribieron *Taking Drugs Seriously* (Tomar drogas seriamente) (Clements, Cohen y Kay, 1991). Ese conjunto de medidas está diseñado para ser usado esencialmente en las escuelas, universidad y en proyectos juveniles, con jóvenes de más de 12 años. Contiene una guía para el educador y ejercicios para trabajar en grupo; está dividida en 8 grandes secciones:

1. La realidad de las drogas – donde se da una información estricta y se centra la atención tanto en los beneficios como en los riesgos.
2. El uso personal de drogas – en el que el tomar dicho riesgo es examinado sin realizar juicios de valor.
3. Actitudes – donde se cuestionan los estereotipos.
4. Reducción de daños – donde se ponen de relieve, las drogas, los modos de consumo y otros factores.
5. La legislación y las drogas – que tratan las leyes y principios, los derechos legales y la gestión de los conflictos
6. Dar y recibir ayuda – que se centra en las estrategias para ayudarse a sí mismo y ayudar a los demás.
7. Acción comunitaria – que considera las respuestas al consumo de drogas a nivel local y nacional.
8. Curso para Padres y la Comunidad en general – para ayudar a educar a los padres y a otros adultos.

También se ha publicado un *kit* complementario, “*Don’t panic – Responding to Incident of Young people’s Drug Use*” (Cohen y kay, 1992). Se trata de un conjunto de información, aprendizaje y entrenamiento individual dirigido a todos los profesionales y servicios que trabajan con jóvenes. Fomenta la calma y las respuestas serenas para el creciente número de informaciones sobre incidentes derivados del consumo de drogas que llegan a las escuelas, colegios y clubes juveniles, etc. Es una parte importante de la HRDE porque el que esas instancias (escuelas, clubes, etc) sean capaces de generar respuestas de ayuda en vez de castigos, aumenta la probabilidad de que los jóvenes busquen ayuda, si la necesitan, en una fase más temprana, y la confianza y el diálogo abierto tienen pocas posibilidades de

establecerse si las instituciones educativas reaccionan alarmistamente ante los incidentes por el consumo.

La experiencia del desarrollo de la Educación para la Reducción de Daños asociados al consumo de Drogas en las Escuelas y Proyectos Juveniles en Tameside.

En Tameside, se adoptó el desarrollo de la siguiente estrategia:

1. Formación de profesores y trabajadores sociales.
2. Producción y distribución de materiales curriculares, de información sobre drogas y documentos básicos de guía.
3. Apoyo al equipo, en función del currículum y problemas morales.
4. Grupos de trabajo para padres y directores de escuelas.

Aunque los directores participaran en algunas partes del programa y se les mantuviera informados, las principales poblaciones diana fueron los profesores y trabajadores juveniles que se especializaban en “Educación Personal, Social y Sanitaria” (PSHE). La participación fue voluntaria. Aunque algunos se comprometieron más que otros, todas las escuelas (de 11 a 16) y proyectos juveniles participantes, se implicaron en alguna medida. Algunas escuelas mostraron muy poco interés en desarrollar una educación sobre drogas y acabaron abandonando la HRDE.

La estrategia se inició en un momento en que hubo muchos cambios en la educación, en particular en las escuelas. La moral es muy baja entre los profesores y los recursos estaban, a menudo, al límite. La introducción del Currículo Nacional a menudo se ha transformado en PSHE provocándose, así, una reducción mayor en el interés de las escuelas por la educación sobre drogas. La Administración Local de las Escuelas ha aumentado la competencia entre escuelas para conseguir estudiantes y reforzado la idea, entre algunos directores, de que ofertar educación sobre drogas, en particular la HRDE, haría que los padres pensasen que existen problemas de drogas en esa escuela. Muchos profesores piensan que la HRDE podría ser vista como un “permiso” para usar drogas y lo que deben hacer es dejar claro a los estudiantes que ellos “condenan” el uso de drogas. La opción fácil para las escuelas es evitar dar educación sobre drogas en su conjunto, adherirse a discusiones sobre las drogas legales o retroceder al alto perfil de actos “antidrogas” y medidas punitivas contra los estudiantes que usan drogas.

Pero a pesar de la presión existente en las escuelas, algunos profesores no han optado por la posición fácil y se han comprometido con, e incluso liderado, algunos debates sobre la HRDE. Algunos equipos, en particular los profesores más veteranos han seguidos comprometidos con la prevención primaria. Otro grupo, a pesar de haberse convencido con los argumentos de la HRDE, no se han sentido capaces de ponerla en práctica en sus escuelas. Un tercer grupo se ha entusiasmado y empezado a experimentar con la HRDE en su labor docente y de formación ética.

Esos profesores pioneros suelen tener buenas relaciones con sus alumnos, no tienen prejuicios sobre el consumo de drogas y confían mucho en el papel que representan. Hasta ahora, han trabajado de manera bastante encubierta. A veces han tenido problemas con los directores-decanos, incluyendo la prohibición de usar los materiales didácticos y en un caso se recibió la orden de enseñar a la manera “antidroga”. Otras cuestiones que ellos pusieron de relieve, incluyen:

1. El educador necesita estar muy seguro de si mismo y tener buenas habilidades, en particular porque la HRDE intenta acrecentar el descubrimiento personal (introspección) sobre el consumo de drogas y el cuestionamiento sobre su propio uso.

2. Es difícil integrar la HRDE en lecciones cortas. A menudo los puntos de discusión importantes se ven, prematuramente, acortados.

3. Los jóvenes pueden ser resistentes a la HRDE por el hecho de que esperan de la escuela un discurso “antidroga” y no tienen suficiente confianza con los profesores para hablar con ellos abiertamente.

4. Los jóvenes también pueden ser resistentes a la HRDE por la invasión de estereotipos que reciben a través de los medios de comunicación etc. Incluso los jóvenes consumidores pueden equivocar la relación entre sus imágenes e ideas sobre el consumo de drogas y su propio uso. Las drogas son vistas como algo que solamente usan los otros. En esas condiciones, romper con los estereotipos es, a menudo, el primer paso hacia la HRDE.

5. La resistencia de los padres es escasa y a menudo los profesores la utilizan como medio para justificar sus propias dudas. La HRDE, con su focalización en la reducción de daños, la seguridad y la ayuda a los otros, no necesariamente tiene que transmitir una idea de “tolerancia con las drogas”. En los grupos de trabajo para padres y directores de escuela, la HRDE ha conseguido mucho apoyo.

6. El trabajo individual de los profesores es importante pero limitado. Para ser realmente efectivo, la HRDE necesita llegar a ser una parte de la orientación general de la escuela hacia la PSHE.

En los servicios juveniles existen menos diferencias de poder entre el equipo directivo y los jóvenes. Es más informal, la asistencia es voluntaria y se dan más discusiones abiertas sobre las experiencias de la vida real, incluso sobre el consumo de drogas. La mayoría de nuestros monitores juveniles están convencidos de la conveniencia de la HRDE y los directores de escuelas los han apoyado. Algunos aspectos de la práctica de la reducción de daños han sido desarrollados en los clubes juveniles y por medio de trabajos aislados, incluyendo la asistencia individual, trabajos colectivos con grupos de jóvenes consumidores pertenecientes a Comunidades de Drogas, folletos sobre la reducción de daños y programas de educación sobre drogas con grupos.

Aunque el desarrollo de la HRDE ha sido muy cuidado en el área de juventud, su incidencia es limitada por el hecho de que sólo un pequeño porcentaje de los jóvenes lo utilizan. Hemos descubierto también que existe el peligro de que la HRDE se considere una imposición excesiva sobre los grupos que no están interesados. Los monitores juveniles necesitan conocer bien sus grupos y escoger el momento adecuado, la estructura y manera de desarrollar la HRDE. Ciertos monitores han tenido mucho éxito. Muchos proyectos han seguido el programa “*Taking Drugs Seriously*” en seminarios de noche o de fin de semana sobre llegando a ser muy aceptados por los jóvenes con una asistencia regular, hasta el punto de que hay listas de espera para los cursos venideros. Además, algunos de nuestros monitores han empezado a desarrollar la HRDE en las escuelas.

Los monitores juveniles experimentan, con la HRDE, algunas de las dificultades que los profesores pero sufren menos coacciones. Su trabajo ha producido discusiones entre jóvenes acerca de las drogas, mucho más abiertas. Uno de los resultados ha sido el consumo libre de

drogas delante del equipo. Esto ha generado ciertos problemas para algunos monitores, pero también se hizo necesario negociar reglas concretas en muchos de nuestros centros juveniles.

En Tameside, desde el comienzo del desarrollo de la HRDE, los resultados son alentadores. Algunos jóvenes tienen acceso a una útil e importante experiencia educativa que les coloca en un buen lugar para su actual y futura tarea como consumidores de drogas. En todo caso, tenemos un largo camino por recorrer y estamos, actualmente, considerando un gran número de nuevas iniciativas incluyendo:

1. Más formación y proyectos que impliquen a profesores y monitores para que trabajen en común.
2. Implicación directa de los jóvenes en el desarrollo de la HRDE sirviéndose de la enseñanza entre iguales.
3. Nuevos materiales de enseñanza e información.
4. Más trabajo para influenciar a los directores y a los responsables de la toma de decisiones.
5. Revisión y puesta al día de las guías.
6. Desarrollo de iniciativas que impliquen al conjunto de la comunidad educativa.
7. Un proyecto de evaluación que examine las experiencias del equipo y los jóvenes relativas a la educación sobre drogas.

Conclusión

En este capítulo he intentado demostrar que la respuesta efectiva frente al aumento del consumo de drogas entre los jóvenes necesita del desarrollo de una nueva educación práctica sobre la reducción de daños asociados al consumo de drogas. He descrito los componentes de la HRDE y los intentos realizados para introducirla en las escuelas y en los proyectos juveniles locales. Sin embargo, el futuro de la HRDE necesita ser considerado en un contexto más amplio.

Se precisan más recursos dedicados al desarrollo de la HRDE, más ejemplos de práctica en HRDE en el sistema educativo, a través de los medios de comunicación o por vías más informales, así como investigaciones sobre los resultados. Cabría esperar por parte de la HRDE un mayor éxito en sus objetivos que el que tuvo la prevención primaria con su promoción de la abstinencia porque muchos de los pequeños cambios conductuales están comprometidos a negar completamente los ventajas potenciales del consumo de drogas. Sin embargo, se necesita una evaluación adecuada. El problema está en dilucidar si la HRDE aumentaría el de uso experimental al tiempo que reduciría los daños y si esto sería aceptable (Newcombe, 1992). La reducción de daños debería considerar aceptable esa posibilidad aunque, también es cierto que, hasta el momento, no existe evidencia de que aumentaría el nivel de consumo experimental.

Aunque empieza a haber más ejemplos de la HRDE, su desarrollo tiene, de manera crónica, menos recursos en comparación con la prevención primaria. En el Reino Unido existe actualmente una reaparición de la educación sobre drogas en prevención primaria. Esa última ha incluido 20 nuevos proyectos de prevención creados por el Departamento de Interior, una competición nacional entre escuelas, giras de compañías teatrales, una presentación de un vídeo antidroga, despilfarro apadrinado por Pepsi Cola y, a nivel nacional, una "Semana de Prevención contra la Droga".

Los defensores de la prevención primaria poseen el mando y están muy comprometidos con hacer más de lo mismo. Antes de que acepten la consolidación de la HRDE quieren evidencias de que funciona y de que no hará aumentar el consumo de drogas. ¡Si solamente aplicaran los mismos criterios a su estimada prevención primaria!

La reducción de daños ha llegado casi a ser la pauta en el campo del tratamiento de drogas en el Reino Unido, pero mucha gente que felizmente iba a respaldar la reducción de daños en adultos se ponen nerviosos cuando se trata de aplicar los mismos principios con los más jóvenes. Demasiado a menudo, los trabajadores del área huyen de la HRDE para los jóvenes y, también demasiado a menudo, la educación sobre drogas está al margen de las asambleas nacionales e internacionales de los profesionales de la reducción de daños. Esto tiene que ver tanto con la postura ambivalente que presentan los adolescentes dentro de nuestra sociedad, como con las actitudes de protección y sobreprotección hacia ellos. También puede que tenga que ver con el miedo a que la introducción de la reducción del daño en las escuelas y centros juveniles amenace los progresos que se han hecho en el campo del tratamiento.

El desarrollo de la RED requerirá persistencia y coraje. Moverse en la dirección de conseguir una práctica efectiva para reducir los daños relacionados con las drogas necesita del trabajo en común de los jóvenes, educadores y especialistas sobre drogas, tanto a nivel nacional como internacional.

CAPÍTULO 7

RITUALES DE REGULACIÓN: EL CONSUMO CONTROLADO E INCONTROLADO DE LAS DROGAS EN EL MARCO NATURAL

J.P. G. GRUND, CH. D. KAPLAN y M. DE VRIES

De la misma manera que los comportamientos recreativos o hedonistas (como el deporte, la comida, el sexo, la televisión, los juegos de azar, etc), el consumo de drogas produce sensaciones de placer, alivia el dolor y los estados de tristeza. Estos comportamientos pueden llegar a ser la fuente suprema de sensaciones que gobiernan el significado de otros aspectos de la vida. Cuando la “búsqueda del placer” contradice las normas sociales establecidas, los patrones de conducta asociados a esta búsqueda quedan etiquetados como anormales o desviados (Becker, 1973).

Sin embargo, a pesar de que el consumo de drogas conlleva ciertos riesgos específicos, también contiene importantes valores culturales. Por lo tanto, el consumo de drogas en sí mismo no es, simplemente, la expresión de una psicopatología o enfermedad. Todo lo contrario; el consumo de drogas puede también ser visto como una expresión de normalidad. Desde una perspectiva histórica global, el consumo de ciertas drogas es una constante. Las sociedades solamente difieren acerca de qué tipos de drogas son definidas como aceptables. Además, la capacidad de experimentar los efectos placenteros del consumo de drogas no se limita a los seres humanos.

El psicofarmacéutico Ronald Siegel (1990) aportó evidencias acerca del consumo deliberado por parte de una amplia serie de especies animales que alteran su comportamiento mediante la ingesta de sustancias psicoactivas. En el mucho más complejo contexto humano, el consumo de drogas cumple funciones simbólicas e instrumentales importantes, tanto para el individuo como para el grupo social. La mayoría de los consumidores muestra claramente patrones de consumo bien regulados.

Sin embargo, una parte de los usuarios desarrolla graves problemas y pierde el control tanto sobre su consumo y como sobre otros aspectos de la vida. El factor control - descontrol del consumo de drogas y las variables que diferencian entre consumidores que controlan y consumidores que no controlan son, en nuestra opinión, cuestiones clave para entender el complejo fenómeno de la adicción.

En este capítulo se examinan los rituales del consumo de drogas. Cuando se analiza científicamente el concepto de “rituales del comportamiento adictivo” se deben contemplar ciertos problemas asociados con el significante “adicción”.

A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas para formular definiciones y clasificaciones apropiadas de *adicción*, no se ha conseguido un nivel de consenso suficiente. (Edwards, Arif y Hodgson, 1981). El concepto de adicción se presenta generalmente como un comportamiento individual aislado. Además, esta conceptualización no reconoce el impacto de los “conceptos culturales básicos de motivación y de comportamiento” que varían según las culturas y que afectan al comportamiento del consumo de drogas (Peele, 1985).

También se ha de tener en cuenta que, a menudo, el concepto de adicción se ve afectado por juicios de valor. A esto se añade el sesgo metodológico usual en los estudios, al basarse casi exclusivamente en cohortes de adictos reclutados en contextos de tratamiento lo que, a su vez produce, problemas de generalización conceptual. Un comportamiento que, desde la perspectiva clínica, es disfuncional o anormal puede ser perfectamente funcional

desde la perspectiva del consumidor (Meier, 1981; Faupel, 1987). La legislación y los clínicos consideran generalmente a los consumidores de drogas como “en las últimas” (Fiddle, 1967). Los estudios clínicos no suelen decirnos mucho sobre las motivaciones y los comportamientos de la vida cotidiana de los usuarios de drogas y la conceptualización de la adicción queda, así, limitada por el tipo de subpoblación seleccionada que entra en tratamiento. El resultado es que los conceptos generados responden muy poco a los perfiles de las personas para quienes el consumo de drogas es solamente uno de los aspectos de su vida y/o que no solicitan tratamiento.

Por esas razones, es necesario mirar más allá de la presentación clínica del consumo de drogas y estudiar sus otras diferentes formas en los contextos naturales. Estudiar el consumo de drogas en su más amplio contexto sociocultural representa una oportunidad única para desarrollar un conocimiento básico de estilos de vida, comportamientos e interacciones de los consumidores de drogas. Tal conocimiento tiene un valor práctico para aplicarse a la política, la prevención y el tratamiento.

Estudio, teoría y métodos

Dentro de la subcultura de los consumidores de heroína, hemos examinado los aspectos prácticos y el día a día del consumo de drogas en el contexto de los rituales tanto personales como sociales. El concepto teórico clave utilizado para estudiar el comportamiento cotidiano del consumidor de drogas duras fue la “ritualización”, es decir “un acontecimiento que implica una secuencia de actos psicomotores que tengan, para la persona que realiza la secuencia, un significado especial” (Agar, 1977).

Los rituales juegan un papel esencial, modelando y organizando de manera formal e informal las experiencias, los comportamientos y las interacciones del ser humano y de otros organismos. Tal como ha sido ampliamente documentado, tanto a nivel individual como social, los rituales cumplen varios significados y funciones dependiendo de las creencias de los participantes y de la situación (Goffman, 1967; Durkheim, 1971). Los rituales pueden ser estrictamente formales y sagrados (ceremonias religiosas) o informales y seculares (el saludo). Pueden ser realizados por individuos o por grupos. Los rituales personales influyen sobre la conciencia (y a menudo sobre la acción) individual, mientras que los rituales sociales inciden sobre la conciencia colectiva de todo el grupo (Wallace, 1966).

Los rituales pueden, además, tener tanto funciones instrumentales como simbólicas (Radcliffe-Brown, 1952). El consumo de drogas y los rituales tienen, a menudo, una historia común. El uso de drogas puede desempeñar un papel importante en rituales específicos, variando desde los rituales religiosos formales (por ejemplo, el consumo de vino en la eucaristía católica), hasta encender un cigarrillo dentro de un entorno no familiar. Los rituales del consumo de drogas tienen diferentes significados simbólicos para el individuo y funciones de modelado en las redes sociales. Son constituyentes necesarios de las subculturas de las drogas.

En nuestra investigación utilizamos la metodología etnográfica. Se examinaron un amplio rango de situaciones de la vida cotidiana en las subculturas de los consumidores de heroína. El concepto de ritualización fue operacionalizado en un protocolo observacional que guió la observación participante en los lugares donde la gente compra y toma drogas. Las observaciones fueron completadas con entrevistas informales. Para conseguir este acercamiento se requirió de antemano sinceridad, aceptación y credibilidad puesto que la

cooperación y el compromiso de la comunidad de usuarios de drogas es la condición previa a este tipo de investigación.

La inclusión de un trabajador comunitario en el equipo de investigación era especialmente valiosa para la recogida y el análisis de datos, así como para evitar descripciones estereotipadas o incompletas de la comunidad de usuarios de drogas. Estas metodologías han sido ampliamente discutidas en otros escritos (Grund, Kaplan y Adriaans, 1991; Grund et al., 1991).

Quisiéramos proponer el término de “etnografía experimental comparativa” para los estudios que incorporan esos métodos en los diseños lógicos de investigación. La etnografía proporciona información, habilidades y la experiencia necesaria para trabajar con informantes o colaboradores autóctonos. Por encima de todo, la etnografía puede crear el entramado teórico e hipótesis comprobables. Además, la etnografía no sólo proporciona la vista y los oídos de la investigación, sino también su próspero poder analítico. Los diseños que incluyen múltiples escenarios de investigación, estrategias de muestreo e instrumentos que tienen sentido para la población a estudio, se incluyen en esta concepción. El término “experimental” tiene un doble significado en nuestra conceptualización. Uno de estos significados, común a otras ciencias experimentales, se refiere al diseño en el cual los grupos de tratamiento se comparan con los grupos control. El otro significado se refiere a la experimentación con las nuevas metodologías que depuran las técnicas etnográficas para conseguir nuevos hallazgos y descripciones.

Las innovaciones metodológicas tales como la “metodología del muestreo basado en la experiencia” (de Vries et al., 1990; Kaplan et al., 1990; Kaplan, 1992), y el muestreo aleatorio por bola de nieve (Kaplan, Korf y Sterk, 1987) han sido utilizadas en los escenarios de trabajo de campo. Se están desarrollando procedimientos estadísticos que puedan ser aplicados a muestras no aleatorias y permitan, a la vez, la generalización y extrapolación de los hallazgos.

La aplicación del concepto de ritual se convirtió en una base de datos única. Utilizando esta base de datos, hemos sido capaces de describir y explicar fenómenos epidemiológicos tales como la aparición de la base de cocaína y del “gekookte coke” (variante del “crack” holandés) en una subpoblación específica (Grund, Adriaans y Kaplan, 1991). Gracias a esa base de datos, hemos podido describir también, por primera vez en la literatura, la práctica del “*frontloading*”² un ritual corriente de compartir la droga (Grund et al. 1990; 1991). Este ritual ha sido un modo de transmisión del VIH que ha pasado desapercibido. Utilizando los conceptos de ritualización, parámetros de subcultura, parámetros de subcultura y otros indicadores socioeconómicos para comparar Rotterdam y el Bronx de Nueva York, conseguimos comprender como ciertos fenómenos similares producen resultados (conductas) muy diferentes debidos a sus contextos sociopolíticos diferentes (Grund et al., 1992).

Funcionalidad y simbolismo en los rituales de consumo de drogas

La práctica del *frontloading* es un buen ejemplo de las implicaciones instrumentales, simbólicas y sociopolíticas de un ritual de intercambio entre consumidores inyectores. Cuando se comparte a través del *frontloading*, la droga se prepara en una cuchara y luego se introduce en una jeringa (A). En una segunda jeringa (B) se quita la aguja y se estira el émbolo hacia atrás. Las drogas quedan divididas echando una parte de la solución de la jeringa A dentro del

² N. del T.: “*frontloading*” carece de traducción al castellano. En la siguiente sección se encuentra una descripción detallada de en qué consiste.

tubo de la jeringa B. De esta forma, las drogas pueden ser divididas en dos o más partes iguales (Grund et al., 1991). Mientras que nuestros sujetos de investigación comprendían bien el peligro de transmisión del VIH por compartir jeringas, (Grund, Kaplan y Adriaans, 1991), utilizaban, en cambio, el *frontloading* de forma corriente.

El *frontloading* tiene múltiples funciones. La primera de todas es una función altamente instrumental en la prevención de la abstinencia. “Ayudarse” mediante una mejor distribución de la pequeña cantidad disponible (una pequeña dosis alivia un estado de abstinencia) es un motivo habitual para compartir drogas. El término de “ayuda” se encuentra en las expresiones cotidianas que se refieren a la venerada regla de ayudar a un compañero que se encuentra “con mono”. Bajo estas pautas, las drogas se compran en común y en consecuencia son compartidas en *frontloading*.

En segundo lugar, el *frontloading* tiene funciones simbólicas claras como, por ejemplo, la apertura de los canales de comunicación. Al compartir las drogas, los consumidores hacen nuevos contactos y refuerzan los ya existentes. Los lazos entre los individuos que consumen drogas se fortalecen tanto como la participación en las actividades de consumo de drogas compartido (por ejemplo comprando y utilizando en el mismo sitio) que generan, con el paso del tiempo, redes sociales más estructuradas.

Por último, el *frontloading* tiene unas funciones muy importantes dentro de la comunidad. El consumo de drogas no es el único factor que reúne y mantiene unidos a los consumidores de drogas. Los consumidores de drogas se implican en muchas actividades corrientes y gastan mucho tiempo en actividades sociales o en otras actividades convencionales (Faupel, 1987; Kaplan et al., 1990). Además, también observamos que las relaciones de los consumidores de drogas eran a menudo mucho más intensas y diversas de lo que podría sugerir la sola observación de la conducta de consumo. Un porcentaje significativo (23%) de los consumidores por vía intravenosa compartían las drogas de forma habitual con compañeros o con su pareja. La adquisición y el consumo de drogas es un elemento esencial de vinculación en estas relaciones diádicas o grupales (Presle y Casey, 1969; Feldman y Biernacki, 1988).

La función de control de los rituales asociados al consumo de drogas

Un rasgo destacable de los rituales y reglas que estudiamos era que estaban orientados al control y a la regulación de la experiencia del consumo de drogas y que ese control se producía de las siguientes maneras: (1) maximizando el efecto deseado de la droga; (2) controlando los niveles de uso de las drogas; (3) equilibrando los efectos negativos y positivos de las drogas consumidas; y (4) previniendo de problemas secundarios.

Contrariamente a las concepciones populares, el consumo de heroína y de cocaína están sujetos a mecanismos de control. Esto es más evidente en las secuencias del comportamiento estereotipado alrededor de la auto-administración de drogas por parte del consumidor pero también se manifiesta en muchos de los rituales de interacción observados.

Vamos a ilustrar algunos de esos mecanismos de regulación inherentes en los rituales de drogas considerando el consumo de cocaína en la población que toma heroína. La prevalencia del consumo de cocaína entre los consumidores de heroína alcanza, en Holanda, aproximadamente el 70% de la población (Korf y Hogenhout, 1990; Toet, 1990; Grapendaal, Leuw y Nelen, 1991). En nuestro estudio, el 96% de los consumidores de heroína tomaban también cocaína. En esta población, la cocaína se utiliza según patrones similares a los que

originalmente desarrollaron el consumo de la heroína, fumando chinos o por inyección (más del 30%).

De las observaciones y comentarios hechos por los propios consumidores se desprende que la cocaína ha sustituido a la heroína como primera fuente de placer. La incorporación de la cocaína al menú de los consumidores regulares de heroína no ha acontecido sin problemas. Fumar e inyectarse cocaína produce una subida alta e intensa, a menudo seguida por un estado de rebote disfórico. Para mantener la subida y prevenir o retrasar la caída, la droga es readministrada tras cortos intervalos de tiempo –por ejemplo, cada 5 a 20’– hasta que se acaben las existencias. En todo caso, fumar frecuentemente o inyectarse dosis relativamente altas de cocaína, muy típico en esta población, lleva inevitablemente a una disminución de los efectos positivos y al aumento de los negativos. Como resultado, muchos consumidores de heroína, cuando consumen cocaína experimentan problemas tipo *craving*, derrapadas de consumos o trastornos paranoides o depresivos.

En el caso de los consumidores de heroína enrolados en los programas de metadona de Rotterdam, el consumo de cocaína (y en particular el consumo problemático de cocaína) se asociaba a una mayor prevalencia de problemas psicológicos (Toet, 1990). Para controlar los efectos no deseados de la cocaína, los consumidores recurren frecuentemente al uso de fármacos prescritos y a la heroína.

Según muchos consumidores, la heroína en particular, juega un papel crucial en el proceso de control de los efectos secundarios negativos de la cocaína. El cálculo de los efectos no deseados (disforia) es un rasgo sobresaliente de los patrones de cocaína /heroína observados. Muchos consumidores tienen una relación intensamente paradójica con la cocaína. Se pueden observar patrones de consumo que engendran y refuerzan los efectos de placer deseados mientras que simultáneamente se utiliza la automedicación para contrarrestar los efectos negativos de la cocaína. Los consumidores de drogas alternan o combinan la cocaína y la heroína según las preferencias personales, el ánimo y la disponibilidad del suministro. En la siguiente nota de trabajo de campo se recoge la explicación de Nadir de su preferencia por alternar las dos drogas:

Nadir no está seguro aún de lo que quiere comprar. Dice que sólo quiere comprar un poco de heroína “porque la cocaína me hace sentir demasiado paranoico”. Pero de repente, se decide: “Bueno, vale... Compraré un poco de coca también, sólo una papela”; y compra una papela de heroína y otra de coca. “Siempre empiezo fumando la coca, pura, sin heroína. Cuando está terminada, empiezo a fumar la heroína. Tengo que hacerlo así, sino la coca me vuelve loco”.

Este típico control químico del estado de ánimo requiere una cuidadosa dosificación de las dos sustancias. En siguiente nota de trabajo de campo se recoge la explicación de Jack de dos maneras principales de manejar los efectos secundarios de la cocaína:

Sentir o no el *flash* de la coca tiene mucho que ver con la actitud espiritual de cada uno. Cuando uno no lo quiera sentir, no lo sentirá. Los consumidores que no están relajados no se colocarán bien. Cuando me meto un pico de heroína, después me meto uno de coca, y el “*speed*” desaparece. Puedes hablar de manera relajada otra vez, tienes tiempo de escuchar a los demás. Entonces, noto como me voy relajando. En el consumo interviene mucho la sugestión. Un cocktail es una mezcla de dos drogas, con diferentes efectos. Me

meto un cocktail cuando no quiero sentir demasiado el efecto de la coca. Siempre me guardo un poco de heroína para tomar después del cocktail. El flash producido por el cocktail no es tan intenso como cuando es de coca sola. Pero todo el mundo tiene experiencias diferentes.

Las explicaciones de Jack subrayan la importancia de la interacción de las variables farmacológicas, psicológicas y sociales en el control de los efectos de las drogas. Los rituales del consumo de drogas regularizan esas variables estandarizando y dando forma a los procedimientos utilizados en la experiencia del consumo de drogas. El consumo de cocaína entre los adictos a la heroína se insertó en los rituales desarrollados para el consumo de heroína lo que alteró parcialmente las funciones del consumo de heroína. Cuando se usan ambas drogas a la vez, la heroína cambia sus funciones y queda *entrelazada* con la cocaína llegando a ser un modulador de los efectos laterales molestos de la cocaína. Se ha establecido una relación funcional entre heroína y cocaína; las dos drogas están integradas en rituales de administración que tienden a mantener un delicado equilibrio entre los efectos deseados y los no deseados de las drogas.

Nuestro estudio identificó dos rituales de administración de cocaína / heroína. En el caso más corriente, la cocaína es utilizada casi en cantidad igual que la heroína. En un segundo caso, la cantidad de heroína es mantenida a un nivel mínimo mientras la de cocaína es mucho más elevada. Nuestras observaciones y conversaciones con los consumidores sugieren que el segundo caso es más prevalente entre los consumidores que trafican habitualmente. Pat, un traficante cercano a los 40 años, toma drogas desde hace unos 20: “Actualmente, necesito un gramo de *jaco* (heroína) y uno de *farlopa*³ (cocaína), pero cuando estoy vendiendo, uso mucha más cocaína.”

Existen razones pertinentes para utilizar relativamente más cocaína.

Cuando estás de *vigilante* en una dirección, necesitas más “*farlopa*” (cocaína). No me puedo poner enfermo entonces (un *vigilante* no puede sentirse enfermo por que está siendo pagado por el traficante para controlar los visitantes). Entonces, utilizar más heroína no tiene sentido. Más heroína produce más tolerancia y hace más difícil no sentirse enfermo durante todo el día cuando no tengo trabajo como *vigilante*. De todas formas no sientes más por tomar más heroína. Un portero debe estar al tanto.

La mayor parte de la alta prevalencia del segundo ritual de administración de cocaína / heroína entre los traficantes se explica por los efectos de ambas drogas en relación con las actividades del tráfico. La cocaína aumenta el estado de alerta y por eso es funcional para las necesidades del trabajo. Por lo contrario, demasiada heroína es contraproducente ya que disminuye la atención, reduciendo al mismo tiempo el control sobre el lugar en el que se está traficando. Aunque los dos patrones de consumo pueden, en última instancia, conducir a algún nivel de problemas psicosociales asociados con el consumo de cocaína, el segundo es particularmente arriesgado. Intuitivamente, aunque es más común entre los traficantes, y sus consumos están generalmente muy por encima del término medio, estos parecen experimentar

³ N. del T.: En el texto original “*jaco*” y “*farlopa*” corresponden a “*bruin*” y “*win*” respectivamente. Éstos fueron sustituidos para adaptarlos al argot utilizado en castellano

menos problemas. En los traficantes estables de este estudio, no se observaron los síntomas asociados a la cocaína, ni siquiera aunque estuvieran utilizando más drogas.

Discusión

Nuestras observaciones sugieren que la capacidad para ejercer el control sobre el consumo individual de drogas todavía no se ha difundido suficientemente entre todos los tipos de consumidores. Algunos consumidores, tales como los traficantes, parecen capaces de usar grandes cantidades de cocaína y de heroína sin sufrir apenas problemas característicos asociados al consumo de cocaína. Pero otros consumidores, como los típicos yonkis colgados de los alrededores de la Estación Central de Rotterdam que utilizan, de hecho, menores cantidades, parecen más susceptibles de tener problemas. Por lo tanto, la habilidad para controlar o regular el consumo de drogas no parece directamente asociada a la cantidad de drogas consumida. Esta observación, algo paradójica, nos lleva a dos conclusiones:

1. El control y la regulación es más que un problema de limitación de la cantidad de drogas. Se refiere también a la prevención y a la gestión de los problemas asociados y debería, por lo tanto, ser percibido como un proceso multidimensional.
2. La eficacia de los rituales y reglas para controlar y regular el consumo de drogas está mediatizado por factores adicionales que, a su vez, inciden sobre la habilidad de los individuos para cumplir con esos rituales y reglas.

Nuestros datos apoyan la teoría de Zinberg de que el control de las drogas está ampliamente establecido por sanciones sociales (sub)culturalmente definidas, que marcan el modo según el cual se usa una droga. Los propios consumidores regulan su consumo a través de un proceso de aprendizaje social entre iguales, en el que se desarrollan rituales y reglas específicos, como adaptaciones de los efectos de sus interacciones a través de las drogas, sus modos de consumo y sus particularidades individuales (Harding y Zinberg, 1977; Zinberg, 1984). Es evidente que el consumo de tóxicos no conlleva inevitablemente consecuencias dañinas. El consumo de drogas está imbricado en la operatividad de la persona. De ese modo, como dice Zinberg, el consumo controlado de drogas está esencialmente determinado por un conjunto de variables. En nuestro estudio, la teoría de Zinberg no explica las variaciones intragrupo en cuanto a capacidad para utilizar efectivamente esos controles sociales y tampoco explica la naturaleza multidimensional del concepto de control. Además de los rituales y reglas existen otros factores con potencial impacto sobre la efectividad de esos controles sociales.

Basándose en nuestras dos conclusiones, proponemos un modelo teórico que supera algunas de las limitaciones de la explicación de Zinberg. El modelo propone una interacción entre tres grupos de factores: los rituales y las reglas, la estructura de vida de la persona y la disponibilidad de drogas. Esos grupos componen un “circuito de retroalimentación” interactivo, adaptándose constantemente a las diversas influencias externas (Cuadro 7.1).

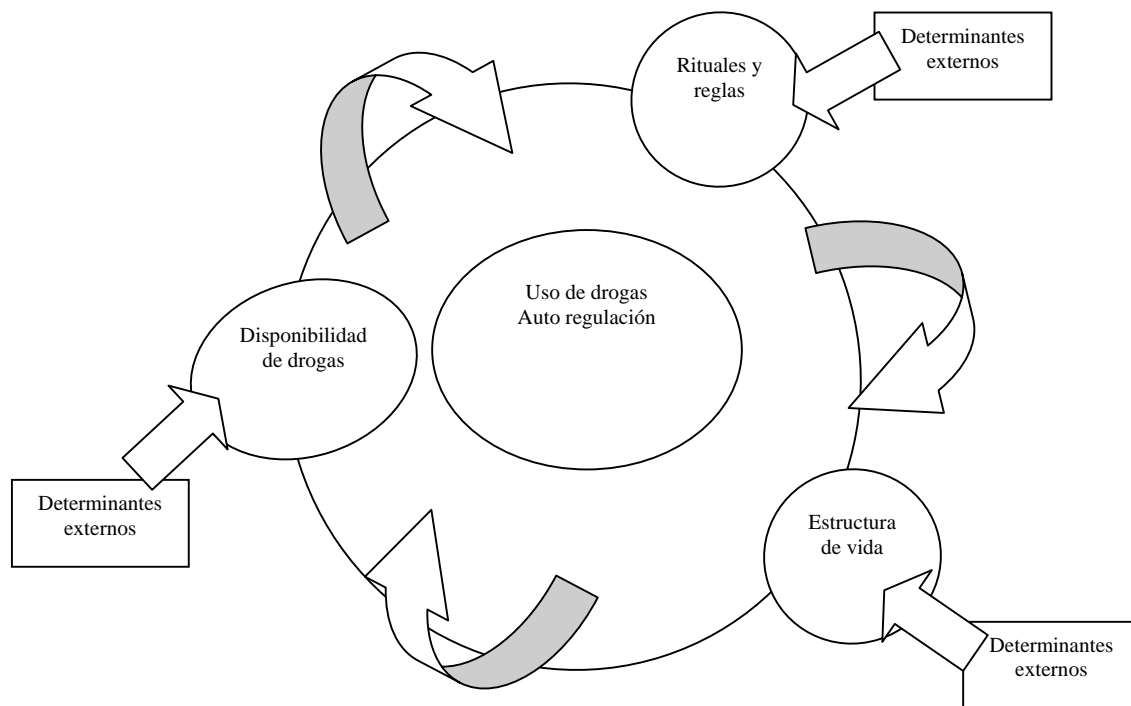


Figura 7.1 Modelo de funcionamiento autoregulado

Los rituales y las reglas determinan y limitan los modelos de consumo de drogas, previniendo una erosión de la estructura de vida. Un grado alto de estructura de vida permite a los consumidores mantener una disponibilidad estable de la droga que es esencial para la formación y el mantenimiento de los rituales y reglas eficaces. Elaborado a partir de la teoría de Zinberg, este modelo pretende especificar las variables que constituyen el marco social, que parece ser el factor crucial del control del consumo de drogas. Este modelo utiliza, además, el trabajo de Charles Faupel (1987), que subrayaba la importancia de la estructura de vida en un adicto.

Aunque el modelo de feedback propuesto sea circular, no está cerrado ni tampoco es independiente. Cada uno de los tres componentes de ese modelo de retroalimentación es el resultado de diferentes variables y procesos. La disponibilidad de las drogas está determinada por el precio, la calidad y la asequibilidad que, a su vez, están mediatizados por los factores del mercado y las regulaciones de los gobiernos. La disponibilidad de las drogas tiene una incidencia rotativa sobre la vida cotidiana de los consumidores de droga. La limitación artificial de la disponibilidad de drogas puede reducir el consumo de las mismas hasta cierto grado, pero a un coste (psicosocial) considerable. La restricción de la disponibilidad no sólo crea un

incentivo económico fuerte sobre las redes de tráfico, si no que también produce una situación en la cual las drogas consiguen un mercado significado añadido, una importancia altamente subjetiva introduciendo al consumidor en una visión limitada. La fijación por la droga le conduce hacia una focalización y limitación de sus actos cuando la droga es ansiada o escasea y una amplia indulgencia cuando la dosis vuelve a estar disponible.

Los rituales y reglas con relación a las drogas no van tan dirigidos al control y a la promoción de la salud, sino más bien a la protección, encubrimiento y optimización del consumo y actividades relacionadas (Carlson, 1977). En contraste, la ausencia de incertidumbre en cuanto a la próxima dosis libera al consumidor de los problemas obsesivos recurrentes sobre como obtener más drogas. La disponibilidad suficiente crea una situación en la cual los rituales y las reglas se pueden desarrollar más adecuadamente, e induce patrones de consumo estables (cuadro 7.2).

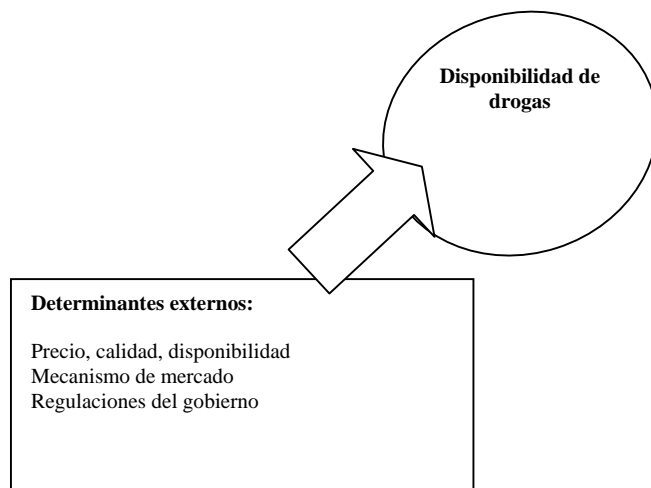


Figura 7.2 Determinantes externos de disponibilidad de drogas

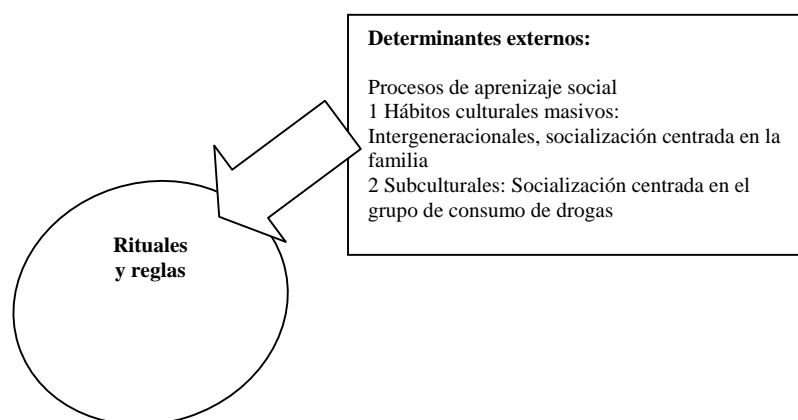


Figura 7.3 Determinantes externos de rituales y reglas

Los rituales y las reglas son el producto de unos procesos de aprendizaje social culturalmente definidos. Pueden tener sus raíces en hábitos culturales masivamente aprendidos. En el caso del alcohol, los rituales y las reglas que regulan su consumo están esencialmente determinados por procesos intergeneracionales y de socialización centrados en la familia y sus valores sociales, que ofrecen modelos socialmente aceptados de consumo moderado. En paralelo, los rituales y las reglas relativos al consumo de drogas ilegales se producen en una subcultura y socialización, en reglas y redes propias a las que pertenecen... (Cuadro 7.3). Es más sencillo cuando la persona dispone de buenas condiciones socioeconómicas en general, de una buena realización personal con una buena realidad psicosocial, adaptada personalidad, sin problemas psicosociales y con adecuados factores culturales que organizan la estructura de vida (Cuadro 7.4).

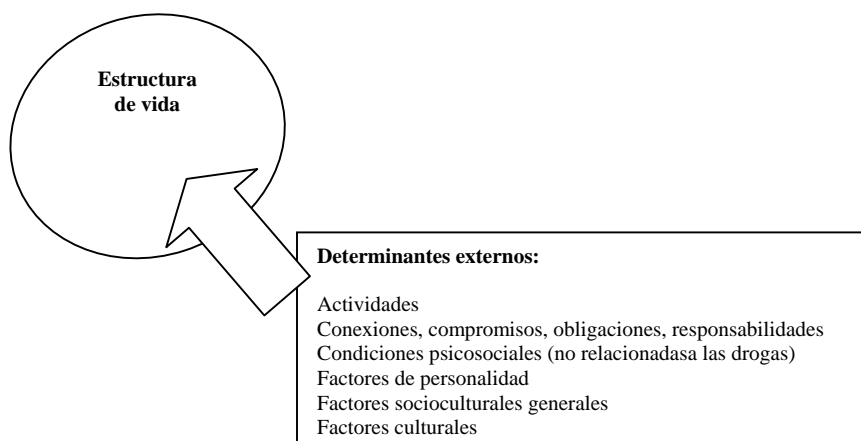


Figura 7.4 Determinantes externos de la estructura de vida

El modelo es útil para explicar nuestros resultados paradójicos. De esta manera, la mayor capacidad para ejercer el control sobre el propio consumo de drogas por parte de los vendedores se explica por una interacción entre la disponibilidad de droga, rituales, reglas y estructura de vida. La alta disponibilidad de drogas es evidente. Sin embargo, no es tan evidente que el compromiso diario en la venta de drogas requiera de un nivel necesario de estructuración de vida. El nivel de consumo del vendedor puede compararse con un pequeño negocio de venta legal al por menor. El éxito en la venta radica, en principio, en mantener en buen estado el negocio. Las demandas y reglas económicas a respetar son muy similares. La venta proporciona una actividad estructurada con relación a los clientes y proveedores. Esta actividad engendra exigentes relaciones, compromisos, obligaciones, responsabilidades y expectativas. Así, para mantener el éxito en las actividades de venta, el/la vendedor/a debe regular su propio consumo de forma que éste no interfiera con “el cuidado el negocio” (Preble y Casey, 1969).

Semejantes rituales y reglas solamente se pueden desarrollar con la condición de tener una disponibilidad suficiente de droga. De este modo, el modelo puede también explicar la ocurrencia del *frontloading*: este ritual está relacionado con la disponibilidad.

Las drogas son escasas y caras, aunque son más baratas si se compran en cantidad. Esta escasez induce a que las técnicas de intercambio y cooperación se convierten en un modelo establecido, en un ritual, y en una regla o principio subcultural, uniendo los individuos y reforzando las estructuras sociales (o la vida) desarrolladas alrededor del consumo de drogas que, a su vez, interactuarán con la disponibilidad, formando un circuito de retroalimentación. El pez que se muerde la cola.

Aunque el modelo de retroalimentación se basa en un estudio sobre consumidores de heroína, probablemente también puede ser utilizado para estudiar el uso de otras drogas u otras poblaciones que no consumen heroína. Un tema a investigar en el futuro es el de cómo los consumidores regulan el poder de los psicoestimulantes, de la cocaína y del éxtasis. De 1.537 clientes registrados en 1990 en el despacho de Consulta sobre Drogas y Alcohol de Rotterdam (747 por alcohol y 790 por otras drogas), sólo 66 casos eran de personas que empezaron con la cocaína. Cuarenta y dos de ellos eran nuevos contactos. En la mayoría de los casos, y excluyendo los consumidores de heroína, el consumo de cocaína era, esencialmente, parte de un patrón de consumo múltiple (J. Verveen, comunicación personal, 1992).

Un panorama similar se da en Ámsterdam (J. Jamin, comunicación personal, 1992). En ambas ciudades las encuestas sobre consumo de éxtasis son frecuentes. En Rotterdam, se estima que el número de demandas de tratamiento relacionadas con el consumo de éxtasis es de, como máximo, una por mes (B. Van Leperen, comunicación personal, 1992). En un estudio de Adelaars (1991) se encontró que las demandas de tratamiento no relacionadas con el éxtasis en Ámsterdam fueron de cero demandas al mes.

Eso no quiere decir que el consumo de cocaína y éxtasis no presente problemas. Por ejemplo, en un estudio reciente sobre la cocaína, hecho por Cohen (1989), la mayoría de los sujetos relataba experiencias de *craving* y otros efectos negativos, debidos a la cocaína. Un estudio similar sobre el éxtasis llevado a cabo por Korf, Blanken y Nabben (1991) produjo resultados similares; muchos de los sujetos experimentaron una serie de efectos desagradables durante o después del consumo de éxtasis. Tanto en el estudio sobre cocaína de Cohen como en el de éxtasis de Adelaard y Korf et al., estos efectos desagradables estaban generalmente relacionados con periodos de alto nivel de consumo. Un hallazgo consistente en los tres estudios es que cuando la gente experimenta problemas con el consumo de cocaína o de éxtasis, disminuye o interrumpe temporalmente su consumo. Los tres estudios describieron estrategias de auto-regulación muy elaboradas.

Esos estudios indican que el entusiasmo inicial de los consumidores por una droga suele acabar en patrones de consumo sujetos a controles sociales. Los procedimientos de control de los consumidores habituales de cocaína y heroína descritos en este capítulo son la expresión de ello.

Esperamos que las ideas propuestas en este capítulo se vean enriquecidas por medio de otros estudios de poblaciones. Esto ayudaría a nuestra comprensión del complejo proceso de los rituales del consumo de drogas en los humanos y sus relaciones con los temas de salud pública.

CAPÍTULO 8

OBSTÁCULOS A LA ADOPCIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

DAVID HAWKS

La tarea de reflexionar sobre los impedimentos para la adopción en general de una política de reducción de daños presenta unas expectativas desalentadoras. No puedo atribuirme ningún descubrimiento en esta tarea y algunos podrían argumentar que mi ubicación en una de las ciudades más aisladas del mundo invalida mi pretensión de incluso intentar tal tarea. Lo único que puedo hacer es reflexionar sobre lo que parecen ser algunas influencias ideológicas, filosóficas y éticas congruentes con la adopción de las políticas de reducción de daños. Considerando hasta qué punto son profundas estas influencias, y yo creo que lo son, daré repuesta al segundo requisito de mi tarea que se refiere a la situación en general.

El hecho de que intente identificar dichas influencias no significa que esté de su lado o que vayan a prevalecer. Tan solo sostengo que estas influencias afectan a la adopción de las propuestas de reducción de los daños. Para lograr entender la oposición a la adopción de estas políticas, necesitamos comprender los valores inherentes, a menudo no reconocidos, de semejante posición.

La aparición del sida ha llevado a definir una serie de dilemas que siempre han estado presentes en el terreno de la salud pública. ¿Hasta qué punto los derechos individuales pueden someterse a los beneficios de la mayoría sin causar un daño irreparable a los derechos civiles de esta mayoría? ¿Qué límites, si los hay, deberían imponerse a los gobiernos respecto a sus deseos de influir en los estilos de vida de sus poblaciones? ¿Cuándo una solución pragmática se convierte en la abdicación de un principio?

Si en el pasado no siempre se ha hecho frente a estas preguntas es porque la necesidad de hacerlo ha sido menos apremiante que en los tiempos modernos. Con la aparición del VIH /sida las respuestas a dichos interrogantes son más urgentes y necesarias.

En este artículo intentaré identificar algunas de las dificultades más importantes para la adopción de políticas de minimización de los daños en el terreno de las drogas. Por su naturaleza, este análisis es subjetivo; no existen datos relacionados con el tema por lo que reconozco que son mis propios valores los que han influido en el enjuiciamiento de estos aspectos.

La pérdida de idealismo

Quizás el impedimento más profundo para la adopción de los principios de la reducción de daños en el terreno de las drogas es lo que se llama “pérdida de idealismo”. Aceptar la necesidad de reducir los daños es abandonar la idea de que el daño puede ser eliminado —es aceptar la inevitabilidad del daño—. Aunque llevada a su último extremo la reducción de daños puede conseguir la minimización, también puede interpretarse como la adopción de una solución de compromiso. La política americana de tolerancia cero, orientada hacia una sociedad libre de drogas (aunque en este principio no se incluyen las drogas legales), es quizás el ejemplo más obvio de una política que por definición excluye todos los términos intermedios, incluyendo la aceptación del objetivo de la minimización de los daños.

Las políticas de eliminación y minimización de los daños, como ya he comentado, sólo se oponen aparentemente. Procurar la minimización de daños no presupone eliminar del todo el

daño; sólo se intenta que sea menor. La cuestión importante radica en determinar si aceptamos un daño mínimo o si consideramos la total eliminación del daño como la única medida de éxito. Mientras que los que están a favor de una política de reducción de daños esperarían reducir el daño al mínimo, igualmente aceptarían como deseable cualquier otra reducción del daño.

Actualmente se está utilizando una versión particular del argumento de la “pérdida de idealismo” como respuesta al lema ‘Di No’ de una campaña de educación sexual lanzada en el Oeste de Australia. Esencialmente los autores de esta campaña argumentan que cualquier intento de representación del sexo seguro será interpretado como una inducción a tener relaciones sexuales. Un argumento subsidiario a éste es que no tener relaciones sexuales es inherentemente seguro.

Contraria a este punto de vista es la hipótesis, avalada por la evidencia empírica, de que la mayoría de los jóvenes de más de 16 años tienen ya relaciones sexuales, las cuales, salvo que sean seguras, los sitúa en riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Aconsejar a esta población decir “No”, es como cerrar la puerta después de que la manada se haya fugado.

Uno sospecha que tras estos argumentos hay diferentes visiones del comportamiento sexual. Están los que creen que el sexo es una parte integral de una relación de pareja y considerarán la conducta sexual similar a otras conductas de bienestar de la pareja, otros adoptan una visión más interactiva y diversificada en la que existe la posibilidad de la anticoncepción y el sexo seguro con quien se escoja. No sorprende, por tanto, que estas personas estimarán la información sobre el sexo seguro, así como la provisión adecuada de los medios para practicarlo.

La connivencia con el uso continuado

Sospecho que tras la resistencia a aceptar los principios de la reducción de daños, está el miedo a que esto sea connivente con el mantenimiento del uso de drogas. Después de todo, si hablamos de minimización más que de eliminación, claramente aceptamos que el uso de drogas continuado sea inevitable y quizás incluso deseable. Al hacer esto, se podría argumentar que eliminamos, o como mínimo disminuimos, la motivación para dejar las drogas, o al menos, la resistencia a iniciarse en ellas. Nosotros abandonamos esta forma particular de idealismo que dice que la vida debería ser vivida sin recurrir a las drogas.

Aunque el rechazo social del uso de drogas definidas socialmente como ilegales no sea el único impedimento para su uso, y no es claramente un impedimento muy exitoso, se podría argumentar que utilizar las estrategias de reducción de daños es invitar a un mayor consumo de drogas.

La incapacidad para reconocer la existencia de demanda de drogas

Otro tipo de obstáculo para la adopción, o al menos para el éxito, de las políticas de reducción de daños es la intolerancia en aceptar que existe demanda de drogas. Esta intolerancia trata de prevenir el suministro de drogas frente a la demanda, y por lo tanto nunca tendrá un éxito total. Abordar el tema de la demanda de drogas significa reconocer que las drogas son utilizadas para múltiples fines, no siempre desde la ignorancia de sus efectos o como expresión de “patologías” en el usuario. Minimizar el daño asociado con este uso,

significaría, en parte, minimizar la motivación para el uso o, si esto falla, minimizar el peligro inherente a ese uso.

Aunque indudablemente determinados usos de drogas son la expresión de algún tipo de privación ya sea material o emocional, otros usos tienen objetivos recreacionales, de celebración o espirituales; no se les puede achacar connotaciones patológicas ni siquiera aunque fueran problemáticos para la sociedad.

Abordar el tema de la demanda de drogas como un aspecto del tema del suministro/demanda de drogas significa abordar la complejidad y la profundidad de los temas generados por la pregunta ¿Porqué las personas consumen drogas? La aplicación apropiada del enfoque suministro/demanda a la minimización de los daños relacionados con las drogas requeriría considerar qué es lo que anima y mantiene el consumo de drogas de los hombres y mujeres. A un nivel superficial, pero no menos importante, esto significaría preguntarse como perciben la realidad las personas para que deseen cambiarla. A un nivel relativamente superficial (aunque importante), esto significaría asegurar que los jóvenes tuvieran asegurado el empleo y que tuvieran los medios para asegurarse su vivienda y seguridad. Sin embargo, la historia nos enseña que el uso de drogas no es solo la expresión de la privación material. El uso de drogas puede reflejar la privación o la pobreza de algo más profundo: la falta de sentido y la falta de relaciones significativas o de medios para adquirirlas, tanto como la falta de vivienda o de ocupación.

Un gobierno que desea implementar una campaña contra el abuso de drogas basada en el principio de la reducción de daños no puede, moralmente, diseñar políticas para frenar el suministro de drogas desatendiendo, al mismo tiempo, aquellas circunstancias que fomentan la demanda de las mismas. Tampoco puede interpretar esta demanda como el mero reflejo de la ignorancia de los efectos de las drogas y, por lo tanto, algo que deba ser tratado mediante la educación.

En muchos casos, las drogas se toman, no porque las personas ignoren sus efectos, sino precisamente porque producen esos efectos. Encontrar vías alternativas para alcanzar los efectos deseados, en su caso, es una tarea no sólo de todo el gobierno sino también de las instituciones privadas y públicas.

La ilegitimidad de ‘correr riesgos’

Detrás de la no consideración de la minimización de los daños asociados con el consumo de drogas se encuentra una falta de disposición a reconocer la legitimidad de correr riesgos.

Aunque se puede argumentar que en una sociedad moderna orientada al bienestar cualquier acción individual conlleva repercusiones sociales (Hawks, 1975), ninguna sociedad podría esperar prevenir todas las conductas que tuvieran implicaciones adversas, tanto presentes como potenciales para ella. Incluso si en la práctica esto fuese posible, filosóficamente sería inaceptable.

Mientras buena parte del comportamiento privado se controla para minimizar las consecuencias sociales negativas, las sociedades no toleran ningún grado de riesgo e incluso deniegan recursos financieros para hacerse cargo de alguno de estos riesgos.

No se disuade a los marineros de que crucen el océano Atlántico, ni tampoco a los espeleólogos para que no entren en las cuevas. Estos son algunos ejemplos de cómo algunas personas corren riesgos y salen exitosos. Es también uno de los pilares que otorgan autoestima a las personas.

Sin embargo, a pesar de nuestra tolerancia inherente hacia los riesgos relacionados con el consumo de drogas legales, el correr riesgos en el consumo de drogas ilegales es interpretado de muy distinta manera. Enseñar a las personas que usan drogas ilegales cómo evitar el daño asociado con su uso, podría parecer no sólo como un apoyo a ese consumo sino incluso como una legitimización del uso continuado. Es permitirles hacer algo malo sin consecuencias negativas, incluso permitirles maximizar su disfrute.

Relacionada con nuestra falta de disposición a reconocer la legitimidad de correr riesgos en el terreno de las drogas ilegales, está la aversión a consultar a los usuarios de estas drogas sobre lo que quieren. El beneficio principal observado por los usuarios de drogas inyectadas sobre el suministro legal de heroína inyectada es la provisión de la droga en cantidad y pureza conocidas. Tras esta falta de disposición a tomar en consideración esta opción, da la sensación que los usuarios no son merecedores de esta indulgencia –y los riesgos inherentes a tomar una droga de cantidad y pureza inciertas forman parte del peligro inherente a semejante conducta. Reducir el peligro sería como reforzar la conducta de una forma que sería indeseable.

Desconfiar del paternalismo

Otro factor de naturaleza completamente diferente que ha mitigado los obstáculos a la adopción de los principios de la reducción del daño es lo que llamaré la desconfianza hacia el paternalismo que se ha expresado de formas diversas –una tendencia creciente hacia la descentralización, la devolución del poder y su ubicación en gobiernos más pequeños–. Sobre si estos movimientos se predicán bajo la asunción de que un gobierno más pequeño es un gobierno más barato o reflejan una mayor aceptación de las tendencias liberales, dejaré a otros que lo discutan. Lo que está claro es que existe una creciente desconfianza hacia el control centralista o un aumento de las regulaciones –manifestado en Australia por la reacción de oposición a la creación de un carné de identidad australiano que acusa a los defensores de la misma de querer crear un ‘Estado niñera’.

En la actualidad se necesita reconocer que gran parte de la salud pública es paternalista; decide cosas por nosotros, supuestamente para nuestro bienestar colectivo. Pone tiamina en nuestro pan, fluoriza nuestra agua, regula la venta de alcohol y tabaco, y hace ilegal el uso de ciertas drogas. Al mismo tiempo que se acumulan evidencias de la efectividad de algunas de estas medidas, hay una desconfianza creciente en su aplicación y se afirma ingenuamente que para que las personas tomen una buena decisión es imprescindible proporcionarles información; el papel del Estado no es el de tomar decisiones por ellas.

Muchas de las medidas recomendadas por la perspectiva de la reducción de daños, bien sea abastecer de agujas y jeringuillas, dar gratis la metadona y los preservativos o regular la publicidad del alcohol y el tabaco, requieren de la intervención del Estado. Las objeciones a un ‘Estado niñera’ o a su *sermón*, inevitablemente, socavan estas intervenciones.

La veracidad del mercado

Bajo estas objeciones a menudo subyace una creencia optimista en la honradez del mercado libre –la creencia de que el mercado, y particularmente sus profesionales, se comportarán de manera que beneficie al conjunto de la sociedad y no sólo a ellos mismos–. Me parece que en Australia ha habido pruebas más que suficientes sobre la falsedad de

argumentos como éste. Dejado a su libre dinámica, el mercado siempre tiende a maximizar sus propios beneficios, que incidentalmente, y sólo ocasionalmente, podrían coincidir con el bienestar del conjunto de la sociedad.

Estas tendencias pueden también observarse en el terreno internacional. La presión impuesta por el gobierno de los EE.UU. a Filipinas y a Japón para importar tabaco es un ejemplo de cómo las consideraciones económicas preceden a los principios de salud pública. La consonancia de los impuestos sobre el alcohol de la Comunidad Europea ofrece otro ejemplo de cómo se siguen principios económicos (la retirada de las barreras arancelarias) sin tener en cuenta las implicaciones para la salud pública de las poblaciones interesadas (aunque esta política haya sido modificada para dar una mayor consideración a la salud de los países miembros).

La insistencia de la industria vinícola de que no se debería permitir nada que afecte negativamente a la competitividad de las exportaciones de vino de Australia provee de evidencia sobre la paradójica naturaleza de nuestra forma de pensar que, de hecho, acepta comprometer la salud de otros para nuestro propio beneficio económico.

Merecer la condena

Aunque para los científicos ya no es aceptable estar públicamente asociados con el movimiento eugenésico, uno no tiene más que echar una ojeada a las políticas de drogas para observar su influencia. La noción de que el sida, por ejemplo, tiene una útil función de “*selección natural*”, aunque nunca como una premisa explícita, ya no está demasiado encubierta en las respuestas de algunos países a esta amenaza.

Si el sida afecta principalmente a los homosexuales, bisexuales y consumidores de drogas por vía intravenosa, lo mejor sería que estuviera encubierto más que discutirlo abiertamente sobre todo si en estos grupos la representación de negros o hispanos es masiva. Si, como ha sido denunciado, África se ha visto asolada por el sida, el hecho es que en África ya había demasiadas personas que, muy a menudo, suplicaban ayuda económica de los países occidentales.

La justicia moral de la mayoría monógama constituye, de hecho, un impedimento para la adopción de los principios de la reducción de los daños que sólo se superaría si los miembros de esta mayoría estuvieran también infectados.

El valor limitado otorgado a la salud

Resulta paradójica la manera con la que tratamos de minimizar los problemas asociados al consumo de drogas legales en el sentido de que estamos dispuestos a emplear unas medidas que sabemos que son relativamente ineficaces, ignorando al mismo tiempo las intervenciones que sabemos que son las más eficaces (Saunders, 1989).

Para entender esta paradoja, necesitamos apreciar el papel de los intereses económicos creados al determinar la política del gobierno. Aunque los que, como nosotros, trabajamos en el campo de la salud pública nos inclinamos a creer que la salud debe ser valorada por encima de todo lo demás, y favorecida por los gobiernos por encima de cualquier otra consideración, claramente la salud tiene un precio que ocasionalmente los gobiernos y los individuos no desean pagar. Un claro ejemplo es el patrocinio de eventos deportivos por empresas

vendedoras de alcohol y tabaco. Como réplica a la preocupación por estas relaciones entre deportes e intereses del alcohol, el ministro de deporte australiano escribió recientemente:

La financiación del gobierno y la recaudación de las entradas ya no proporcionan ingresos suficientes a las organizaciones deportivas para financiar estas actividades (acontecimientos deportivos), por lo tanto el patrocinio deportivo constituye cada vez más, una fuente importante de financiación del deporte australiano... y cualquier acto del gobierno que forzara el cese de este patrocinio, en estos momentos sería prematuro.

(R. Kelly, *comunicación personal*, 1991)

Con una respuesta de este tipo, el ministro parece estar confabulado con la opinión de que el deporte no existiría sin este tipo de patrocinio*. Sin embargo, de igual manera, algunos de nosotros podemos recordar haber visto actos deportivos e incluso haber practicado deportes que no han sido patrocinados por la industria del alcohol. El deporte existía antes del patrocinio del alcohol y es capaz de existir sin él, aunque en condiciones diferentes. Cuando se acepta el patrocinio del deporte por los intereses del alcohol se está reconociendo que debe prevalecer el mejor postor, el interés de aquello que, en términos promocionales, tiene un precio más alto. Si los jugadores y sus managers tuvieran que tener unos salarios lo más parecidos a la media nacional, ¿sería el deporte necesariamente más pobre o menos visto?

Sin embargo, mientras aceptamos que el único imperativo que existe es el imperativo económico, o al menos el más importante, estamos enganchados a un sistema que opera en direcciones que frecuentemente son contrarias a la salud. Análogamente, mientras que permitimos que la pérdida de ganancias publicitarias sea un argumento de oposición al futuro control de la publicidad del alcohol, estamos conspirando con un sistema que paga excesivos réditos a sus profesionales cuya *razón de ser* es el creciente consumismo reconocido como insostenible. La aceptación del *status quo* y la creencia de que el progreso necesariamente se define en términos de más de lo mismo es, al menos en el terreno de las drogas legales, un obstáculo para la adopción de políticas que verdaderamente reducirían los daños.

Aparte de estos obstáculos más generales para la adopción de los principios de minimización de los daños en el uso de drogas, existe un cierto número de consideraciones más individuales que sostienen este tema. Entre las razones dadas por los inyectores de drogas para eludir los programas de intercambio de jeringuillas está el miedo a ser identificados como usuarios de drogas, ya sea por su desconfianza sobre el origen de estos programas o porque creen que éstos están vigilados por la policía. Esto se da, especialmente, en aquellos casos donde el usuario nunca ha estado previamente en tratamiento o ha sido la policía quien le ha reconocido por primera vez como consumidor–usuario y, para los cuales, el acceso a las jeringuillas y la educación es especialmente importante. Así mismo, si la tenencia de agujas y jeringuillas es contemplada *a priori* como una evidencia del uso de drogas, y los usuarios son acosados hasta que se les encuentra la droga, difícilmente los usuarios verán el llevar encima dicho material como un medio de reducción de los daños. La investigación ha demostrado claramente que estar en contacto con los centros de tratamiento y/o los programas de intercambio de jeringuillas es importante para la adopción de hábitos de consumo seguros

* Desde entonces se ha determinado que el patrocinio del deporte por la industria del tabaco será gradualmente retirado por un periodo de años excepto en aquellos casos aprobados por el Ministerio de Sanidad, Vivienda y Servicios comunitarios.

pero, evidentemente, el hecho de que estos programas sean contemplados con escepticismo es un obstáculo para la adopción de comportamientos de consumo seguros.

De forma similar, aunque en Australia el suministro de agujas y jeringuillas haya sido adoptado por muchos farmacéuticos, las informaciones de los usuarios sugieren que en algunos casos, la oposición de los farmacéuticos actúa como una barrera.

La ambigüedad legal respecto a la posesión del equipo de inyección es otra barrera para la adopción de estrategias de reducción de los daños. Aunque se acepta de manera tácita la necesidad de los usuarios de drogas de tener acceso a agujas y jeringuillas, la tenencia de estos materiales todavía está definida de forma ambigua por la ley. Como consecuencia los usuarios creen que el considerar esta posesión como delito es una cuestión dejada a discreción de la policía. Incluso si esta percepción raramente tiene base real, su sola existencia probablemente disuade de adoptar comportamientos considerados como seguros.

Aunque la investigación ha demostrado consistentemente que los usuarios en contacto con los centros de tratamiento se inclinan más por la adopción de prácticas de consumo seguras, obviamente el tratamiento por sí mismo representa una barrera para algunos usuarios: incluso cuando la abstinencia no es la finalidad del tratamiento está, frecuentemente, implícita en el programa y en las actitudes de los profesionales. Inevitablemente el tratamiento está visto por parte de los usuarios -muchos de los cuales no quieren dejar necesariamente sino usarlas evitando las consecuencias negativas- como 'un control'. La insistencia en que todo tratamiento tiene la abstinencia como objetivo final, indudablemente disuadirá a los usuarios que consideran su consumo como 'recreativo' y para los cuales, la conexión con su consumo es su única oportunidad de buscar ayuda.

De la misma manera que ha sido tardíamente reconocido que existen bebedores de alcohol, incluso bebedores patológicos, que solamente desean moderar su consumo más que volverse abstinentes, sería necesario reconocer que existen usuarios de drogas que solo desean ser aconsejados acerca de cómo hacer que su consumo sea menos perjudicial para su salud.

Stimson (1962) ha observado que entre los obstáculos para la adopción de comportamientos más seguros, no sólo se encuentra la falta de disposición sino también la falta de acceso tanto material como social. La aproximación a una clínica, un programa de intercambio de jeringuillas o cualquier otra fuente de consejo requiere tanto de habilidades sociales como materiales, de las que algunos usuarios carecen.

No debe olvidarse que aunque el objetivo del cambio sean las conductas individuales y los individuos necesiten ayuda para este cambio, estas conductas tienen su raíz en las condiciones estructurales. Para los inyectores de drogas es difícil adoptar prácticas más seguras sin los medios necesarios. Esto va más allá del suministro de los equipamientos, como las jeringuillas, la lejía y los preservativos. Las conductas de alto riesgo están ligadas de forma inseparable a la pobreza, bajos ingresos, vivienda inexistente o inadecuada, y desempleo.

(Stimson, p.60, 1992)

Entre las dificultades de tipo personal para la adopción de comportamientos de reducción de los daños, que sólo recientemente han empezado a ser investigados, está el nivel de sutileza en la negociación de tales comportamientos. De hecho, las diferencias entre la adopción de un consumo más seguro y las conductas sexuales seguras pueden reflejar, no

sólo los diferentes riesgos asociados con cada uno de estos comportamientos, sino también la sutileza de su negociación

Las primeras investigaciones en Australia sugirieron que los usuarios no consideraban el compartir agujas y jeringuillas con sus parejas sexuales como 'compartir', ejemplificando el proverbio de que 'si las personas están verdaderamente enamoradas, les basta el agua'. Así, el compartir la jeringuilla era una extensión de la intimidad alcanzada. ¿Cómo cabría esperar que se discrimine con respecto a este comportamiento en particular? La investigación llevada a cabo en el oeste de Australia indica que las mujeres dan más importancia a las distintas razones de compartir jeringuillas que sus parejas sugiriendo que el contexto en el cual se da el hábito de compartir y negociar el sexo seguro podría ser diferente para los hombres y las mujeres (Marsh y Loxley, 1991).

Probablemente la negociación del sexo seguro sea especialmente problemática cuando el contexto de la conducta sexual es especialmente emotivo e imprevisto. Incluso antes de la aparición del sida, las encuestas demostraron que los hombres son más resistentes a usar los preservativos y que las mujeres eran ambivalentes en la insistencia sobre su utilización, no sólo suponemos que por su ignorancia sino también por la fragilidad de la negociación del sexo.

Complicando estas dificultades, que se dan incluso en estados de sobriedad, están los efectos tóxicos de las drogas y su capacidad para alterar las estimaciones hechas por los individuos sobre los riesgos de dichos comportamientos. Es posible que los usuarios que tienen síntomas de abstinencia realicen cambios similares en la estimación de los riesgos de ciertos comportamientos, cuando la perspectiva de un 'chute', incluso en circunstancias arriesgadas, probablemente sea prioritaria en su pensamiento.

Conclusión

En este capítulo, he intentado identificar algunas de las consideraciones más encubiertas que influyen en la adopción de políticas de reducción de los daños en el terreno de las drogas. No defiendo especialmente ni la exhaustividad ni la aplicabilidad universal de esas consideraciones. Sin embargo, a mí me parece que constituyen parte de los profundos obstáculos para la adopción de estos principios, barreras que a menos que sean abiertamente reconocidas y tenidas en cuenta, es probable que malogren la adopción universal de estos principios.

Si bien en algunos casos los temas que están en juego puedan ser resueltos de forma empírica –si, por ejemplo, el suministro gratuito de agujas y jeringuillas incrementa la rapidez con la que las personas progresan hacia el uso inyectado de drogas–, otros es probable que permanezcan como materia de debate filosófico, cuya solución dependerá más del poder de sus defensores que de la veracidad científica de sus argumentos. Uno podría decir que, al menos, con respecto a esto, nada ha cambiado. ¿Alguna vez fue de otra manera?

CAPÍTULO 9

POLÍTICAS DE DROGAS Y PROBLEMAS: LA PROMESA Y LOS DEFECTOS DE LA COMPARACIÓN ENTRE NACIONES

ROBERT J. MacCOUN, AARON J. SAIGER, JAMES P. KAHAN y PETER REUTER

Este es un breve ensayo de las aportaciones que surgen de las comparaciones transnacionales entre las políticas de drogas y los problemas asociados a las mismas, así como sobre los propios problemas que resultan de hacer dichas comparaciones. Este ensayo refleja nuestra forma de pensar y nuestra experiencia tras un estudio de tres años en el que se han comparado las políticas de drogas y los indicadores de “problemas” utilizados por ciertos países occidentales industrializados. Por razones que plantaremos más adelante, hemos considerado más pertinente estimular la reflexión sobre las experiencias de diferentes países y sus sensibilidades hacia los daños y riesgos en vez de comparar datos estadísticos.

Supuestos utilizados como argumentos en las políticas de lucha contra las drogas

En los Estados Unidos la perseverante guerra contra las drogas ha estimulado dos debates políticos interrelacionados entre sí (Reuter, 1992) y un tercer debate que empieza a emerger. En primer lugar, existe un debate entre los “halcones” del lado de la oferta, quienes preconizan la aplicación de una ley represiva y las “palomas”, que desde el lado de la asistencia reclaman más recursos para el tratamiento y la prevención. En segundo lugar existe un debate recurrente entre los que abogan por la prohibición y los que defienden la despenalización y la legalización de las drogas. El tercer debate es entre los que abogan por la reducción del consumo y los que lo hacen por la reducción de los daños. Mientras que ésta última ha sido muy desarrollada en Europa occidental, Canadá y Australia, su impacto en los Estados Unidos es mínimo. Los del lado de la oferta y los del lado de la demanda luchan en el terreno común de la reducción del consumo. Ambos hacen hincapié en la reducción de los daños a través de la reducción del consumo y, en ambas partes, hay quienes creen que el consumo es intrínsecamente malo. Los que abogan por la reducción del daño argumentan que todo uso no conlleva daño y que algunas intervenciones para reducir el uso ocasionan más daño que bien, por lo que el centro de atención debe estar en el daño y no en el uso *per se*.*

Una característica de los tres debates políticos es que se apoyan en unos principios imaginarios y supuestos que intentan demostrar que el éxito depende, esencialmente, de la adopción de su política preferida. Desde nuestra experiencia, lo único que puede decirse sobre estos debates es que sus predicciones serán incorrectas de una u otra forma. Cada posición se basa en las distintas intuiciones y creencias acerca de cuál es la base del problema, y se autoevalúan con sus propios indicadores de impacto, que ignoran los daños que generan. Ello es raramente reconocido, a pesar de que conlleva una considerable confusión.

Proyectar futuros hipotéticos no es malo en sí mismo, siempre que se haga con una dosis saludable de escepticismo, con una amplia consideración de las consecuencias de esas

* Aunque los tres debates están interrelacionados, solo se emparejan vagamente. Por ejemplo, se puede defender las leyes de drogas existentes sin instar a su cumplimiento agresivo y se puede pedir más tratamiento y prevención sin desacreditar la prohibición de las drogas. Los partidarios de la legalización tienden a favorecer la reducción del daño, pero no todos los que están en el terreno de la reducción del daño abogan por la legalización (Ver Strang, Capítulo 1, este volumen).

hipótesis y, sobre todo, con algún modelo de cómo los cambios políticos ayudan a transformar el presente en una versión del futuro. Por ejemplo, los juegos sobre política de drogas desarrollados por el proyecto RAND (Kahan y col, 1992) permiten explorar futuros distintos, mientras se intenta proporcionar a los participantes alguna idea de las consecuencias de la política en términos consistentes y cuantificables. Sin embargo, sin algún tipo de teoría o modelo en el que basar comparaciones, las diferentes opiniones pueden degenerar en cuestiones de gusto.

Una segunda estrategia retórica en los debates sobre las drogas es el razonamiento por analogía; éste es particularmente popular en el debate sobre la legalización. Por ejemplo, los que debaten, a menudo, citan de una manera rutinaria la experiencia de América con la prohibición del alcohol y su repulsa a principios del pasado siglo, o la experiencia británica con la prescripción de heroína, o bien la experiencia holandesa con la legalización *de facto* del cannabis. El razonamiento analógico es un proceso de conocimiento humano básico y casi irresistible. A diferencia del razonamiento hipotético, el razonamiento por analogía está supuestamente basado en la experiencia, y por lo tanto es ostensiblemente más empírico. Sin embargo, la investigación psicológica sugiere que tendemos a adoptar las analogías que más rápidamente se nos ocurren, lo que puede no ser exacto. Una vez se ha seleccionado una analogía, ésta tiene una potente influencia sobre las interpretaciones de la evidencia y el respaldo de las políticas.

Una prueba de los riesgos del razonamiento por analogía en el debate de las drogas es que ambos bandos tienden a extraer las mismas analogías, lo cual no sería probable si las analogías fuesen tan exactas como comprobadas. Un segundo problema es que estas analogías rara vez son más que anécdotas o factores superficiales (hechos aislados que aparentemente proceden de una fuente autorizada pero que, a menudo, cuando son presentados fuera de contexto, son incorrectos o como mínimo interpretaciones erróneas). Consideremos, por ejemplo, la siguiente entrevista entre Ira Glasser, director ejecutivo del Sindicato de Libertades Civiles americano y William von Raab, el antiguo comisario de Aduanas de los EE.UU., en el show público televisivo, *La línea de fuego* (26 de Marzo, 1990):

Glasser: “El hecho es que los Países Bajos tienen una tasa más baja de consumo de marihuana desde que fue legalizada... y de que haya poca delincuencia...”

Von Raab: “Tienen estadísticas de delitos bajas porque en Ámsterdam los pequeños delitos son tan numerosos que ya ni se archivan. La próxima vez que pasees por las calles de Amsterdam mira el hormigón. Verás sobre todas las calles una fina capa de polvo de cristal. Es el cristal de todas las ventanas de los coches que han sido rotos por adictos a las drogas... para pagar su comida y su vivienda, porque no trabajan.”

Glasser declara como hecho o realidad dos afirmaciones que son cuestionables y que, incluso si son aceptadas, están abiertas a múltiples interpretaciones. La evidencia de las tendencias de la prevalencia del consumo de cannabis holandés no deja lugar a dudas, y de hecho había pocos datos disponibles cuando Glasser hizo esta afirmación⁴. Las tendencias actuales de los delitos relacionados con las drogas en Ámsterdam (por ejemplo: Grapendaal,

⁴ Debe también remarcarse que, técnicamente, los Países Bajos *no* legalizaron el cannabis, aunque adoptaron directrices oficiales escritas para políticas y enjuiciamientos que *de facto* dieron por resultado la legalización de pequeñas cantidades.

1992; Leuw, 1991) no parecen apoyar la afirmación de que “casi no existen delitos”. Pero la declaración de Glasser es tan general que no permite falsificación. ¿De qué tipo de delitos habla? ¿Qué significa casi ningún delito? ¿A cuándo se refiere? ¿Con qué lo compara?

Mientras las afirmaciones de Glasser son problemáticas, las de Von Raab son pura hipérbole. El ministerio de justicia holandés documenta meticulosamente las estadísticas anuales de delitos nacionales. Tres de nosotros hemos pasado un tiempo considerable en Ámsterdam sin encontrar ninguna calle espolvoreada de cristales. Sin embargo, sin documentación firme y fácilmente disponible sobre la experiencia holandesa (o de la prohibición del alcohol americana, o de la experiencia británica), los defensores tienen grandes reservas a la hora de crear analogías que se adapten a sus retóricos propósitos.

¿Por qué se hacen comparaciones entre naciones?

La crítica al razonamiento hipotético y analógico no significa descartarlo del todo. Las comparaciones sistemáticas y cuidadosas entre naciones proporcionan muchas de las ventajas de los razonamientos hipotéticos y analógicos casuales, con muy pocos inconvenientes. Un principio elemental de la inferencia científica es la necesidad de hacer comparaciones. Para hacer comparaciones científicas se necesita una diversidad adecuada de las variables independientes y dependientes en estudio. En algunos casos, la diversidad adecuada viene proporcionada por la comparación particular entre ciudades o estados, o bien por comparaciones longitudinales, o por estudios casi experimentales de las políticas de intervención. Sin embargo, el rango de variabilidad es a menudo bastante restringido, en particular en lo que respecta a las dimensiones políticas.

Las comparaciones entre países pueden soslayar esta limitación proporcionando una variabilidad mucho más importante de las dimensiones de interés. El enfoque comparativo entre países ha aportado contribuciones importantes a los estudios epidemiológicos del VIH (véase Brenner, Hernando-Briangos y Goos, 1991)⁵, del consumo de tabaco (véase Laugesen y Meads, 1991), del consumo de alcohol (véase Smart, 1989) y de los homicidios (véase Messner, 1992). En muchos casos, la investigación llevada a cabo entre países ha clarificado los hallazgos conflictivos o ambiguos de la investigación intranacional (véase Messner, 1992, p. 156).

Las naciones del oeste de Europa y de América del Norte han adoptado sistemas muy variados para el control del uso de drogas psicoactivas prohibidas. Algunos han adoptado lo que puede llamarse políticas “tolerantes”, utilizando sanciones penales casi exclusivamente contra aquellos que venden drogas y dando mayor énfasis político a la reducción de los daños que a lo que la dependencia de las drogas ocasiona a los individuos y al resto de la sociedad y, al mismo tiempo, actuando ante el inicio del consumo a través de la educación. Otros países han adoptado políticas más punitivas, usando agresivamente las leyes penales tanto contra los usuarios como contra los vendedores, poniendo menor énfasis en la reducción de los daños y en el tratamiento de los consumidores.

⁵ En verdad, hasta el momento una de las investigaciones entre países de mayor calidad ha sido la investigación epidemiológica sobre el vínculo entre el VIH-UDVP. Ver el número especial del *British Journal of Addiction* del marzo de 1992 (Vol. 87) sobre ‘*AIDS, Drug Misuse, and the Research Agenda*’. Esto probablemente refleja el hecho de que muchos gobiernos han dado mayor prioridad a la investigación sobre el sida que sobre las drogas (ver Oppenheimer, 1991, pp 512-521).

Esta variabilidad debe proporcionar a las naciones la oportunidad de aprender unas de otras. Todavía son difíciles de encontrar descripciones sistemáticas comparativas de las experiencias del control de drogas en los países desarrollados. Pocos estudios publicados comparan la severidad y la naturaleza de los problemas de drogas de los diferentes países, y tampoco hay mucha información disponible sobre cómo diversas naciones han intentado controlar estos problemas (ver Albrecht y Kalmhout, 1989)⁶. Como consecuencia poco se ha podido aprender de las experiencias nacionales.

Por otro lado, Klein (1991, p. 279) ha argumentado que los “estudios comparativos pueden distorsionar al mismo tiempo que iluminar... estos conllevan tanto riesgos como beneficios”. Klein pone de manifiesto que algunas comparaciones son engañosas. Por ejemplo, algunos argumentan que Estados Unidos es demasiado diferente de otros países como para que se puedan hacer comparaciones que tengan sentido. Existen indicios de que muchos aspectos del problema de drogas de los EE.UU. no han aparecido en otros países desarrollados. Pocos países muestran la intensidad del abuso de drogas que se da en Estados Unidos y pocos tienen la desproporcionada concentración de drogas en la clase social baja que se observa en los Estados Unidos.

Pasar de la singularidad del problema de las drogas de América al manifiesto de que las comparaciones entre países no son útiles es un salto demasiado grande. A pesar de las diferencias, las similitudes culturales entre los países desarrollados occidentales son grandes; las motivaciones para el uso de drogas son probablemente similares y los tratamientos y las opciones de tratamiento impuestas en la esfera de las posibilidades políticas se encuentran dentro de un rango aún pequeño de variabilidad entre Estados. Aunque las experiencias de otros países no puedan traducirse directamente en recomendaciones para la política de los EE.UU., ciertamente pueden proporcionar un punto de partida; los errores políticos en otros países son señales de alarma para políticas similares en los EE.UU. del mismo modo que los éxitos políticos en otros países podrían ser el fundamento de una política norteamericana.

Un marco para la investigación comparativa de las políticas de drogas

Las discusiones sobre política de drogas tienden a adoptar una perspectiva *de arriba hacia abajo*, en la cual el uso de drogas y sus consecuencias están ampliamente gobernadas por políticas de drogas oficiales –los reglamentos y las leyes escritas, los gastos para el tratamiento y la prevención, y así sucesivamente—. La perspectiva *de arriba hacia abajo* puede ser engañosa porque es simplista en muchos aspectos. Primero, una política oficial se puede llevar a cabo de diferentes maneras o incluso ser sin coherencia. Segundo, las políticas pueden ejercer influencia en la conducta a través de múltiples mecanismos paralelos, algunos de ellos intencionados y otros bastante imprevistos⁷. Tercero, la relación entre políticas y resultados es recíproca, la política en sí misma es, a menudo, un reflejo de los problemas o una reacción a los mismos. El inevitable lapso temporal entre la aparición de los problemas y las respuestas políticas provoca que, en algunos casos, las políticas puedan ser adoptadas como respuesta a una situación que, de hecho, se ha producido por la propia política. Finalmente, la perspectiva

⁶ La oficina europea de la Organización Mundial de la Salud ha financiado un estudio que presenta un buen número de datos comparativos entre países europeos. El grupo Pompidou, una unidad del Consejo de Europa, está llevando a cabo un estudio comparativo de varias ciudades de Europa, como continuación del estudio de siete ciudades en 1987.

⁷ Por ejemplo, MacCoun (1993) ha identificado siete mecanismos diferentes mediante los cuales las leyes prohibicionistas influyen en el uso de drogas, dos de ellos pueden realmente promocionar más que disuadir el uso de drogas.

arriba-abajo es engañosa porque no tiene en cuenta otros factores en el amplio contexto que influyen tanto la política como los problemas de drogas.



Figura 9.1 Obstáculos potenciales de la relación política-resultados

La figura 9.1 representa un marco de análisis general que sitúa las políticas de drogas y sus resultados en este amplio contexto. Este marco reconoce explícitamente las interrelaciones entre las políticas de drogas, los problemas de drogas, otras políticas sociales y factores contextuales sociales no-políticos. La finalidad de los investigadores es identificar la relativa robustez de cada relación y las condiciones bajo las cuales dicha relación ocurre o no ocurre.

Es importante ser sensible a las políticas sociales que no tratan directamente las drogas, pero que tienen implicaciones en las consecuencias del consumo de drogas en el usuario y en la sociedad. Consideremos, por ejemplo, la comparación de los adictos a la heroína en los Estados Unidos y en los Países Bajos. Cuando se compara la participación en el delito generador de ingresos, es esencial tener en cuenta las diferencias en las políticas de bienestar social de ambos países –en particular la disponibilidad para los adictos holandeses de ayuda económica estatal–. Análogamente, cuando se compara la morbilidad y la mortalidad de los adictos en ambos países se debe tener en cuenta las diferencias en la disponibilidad y la calidad del sistema público sanitario.

Cuestiones similares se deben argumentar respecto a factores de contexto social como las actitudes sociales frente al uso de drogas, las normas sociales sobre la aceptación del consumo, y una variedad de factores económicos y demográficos que también podrían

influenciar la prevalencia y el tipo de drogas que se usan, así como las consecuencias de su uso. Así, las naciones difieren en las características sociales de la población adicta. Por ejemplo, la presencia de los grupos de emigrantes en el consumo de drogas varía sustancialmente en formas que son difíciles de explicar. En Gran Bretaña, la adicción a la heroína parece que es rara en poblaciones de emigrantes como los que proceden del subcontinente indio y del Caribe. Por otro lado, los emigrantes del norte de África en Francia están desproporcionadamente representados entre la población de adictos a la heroína; lo mismo ocurre entre la pequeña población emigrante del Surinam en los Países Bajos. En los Estados Unidos, algunos grupos de emigrantes hispanos (por ejemplo, portorriqueños y mejicanos) muestran tasas altas de adicción (como se puede ver en las tasas de mortalidad y de admisiones en urgencias por consumo de cocaína y heroína) mientras que otros, en particular los chinos, muestran tasas muy bajas a pesar de estar enormemente implicados en el tráfico de drogas.

Una implicación de la figura 9.1 es que nuestra capacidad para generalizar las enseñanzas de un país a otro disminuye en función del número y de la magnitud de las diferencias en el contexto social entre los países comparados. Así, cabría esperar la posibilidad de generalizar más entre los Estados Unidos de América y Canadá que entre los EE.UU. y Singapur o Malasia. Por la misma lógica, la capacidad de generalizar analogías disminuye con la distancia temporal. De este modo, para anticipar los efectos de la legalización de la marihuana en los Estados Unidos, podríamos aprender más de las experiencias contemporáneas en los Países Bajos que de nuestra propia experiencia con respecto a la revocación de la prohibición del alcohol a principios de este siglo.

La base de datos de indicadores de drogas RAND

Nuestro proyecto en el Centro de Investigación sobre Política de Drogas RAND representa un intento de aplicar de forma sistemática este marco de investigación transnacional. Una de las propuestas de esta investigación ha sido el desarrollo de una base de datos que describe el problema de las drogas y los fenómenos relacionados en un amplio rango de países occidentales: *el Drug Indicator Database (DID)*. Las características principales del DID incluyen:

1. Mas de 500 indicadores en 21 categorías principales.
2. Datos de 12 naciones entre 1965-1991.
3. Enlace entre datos nacionales y locales para 23 provincias y ciudades.
4. Completa documentación sobre el origen de estos datos.

La selección de indicadores incluidos en la base de datos fue hecha en base a dos factores: por una parte el interés y la utilidad y por otra la disponibilidad de datos. Principalmente, la selección de indicadores refleja una estrategia de recogida de datos "oportunista": se incluía un indicador si existían datos disponibles. Actualmente, los datos se dividen en cinco amplias categorías:

1. Prevalencia y características de los usuarios de drogas.
2. Morbilidad y mortalidad relacionadas con las drogas.

3. Datos sobre el mercado de drogas, incluyendo precios, pureza y decomisos realizados.
4. Aplicación de la justicia penal e indicadores de tratamiento de drogas.
5. Información socio-demográfica nacional, y en ocasiones, local.

Es probable que se añadan amplias categorías a la base de datos. Por ejemplo, estamos desarrollando datos para variables políticas que describan las leyes de control de las drogas y la naturaleza de su obligado cumplimiento, la estructura de la justicia penal y los sistemas de tratamiento y las políticas relacionadas con actividades relevantes del gobierno en áreas como la salud, el bienestar social y la educación. También es probable que aumenten muchas de las categorías actuales de la base de datos. Por ejemplo, esperamos incluir datos sobre ingresos por actos delictivos, sobre ingresos étnicos y otras características de los usuarios de drogas, del tratamiento de los clientes y delincuentes implicados y sobre las características de los programas de prevención.

Durante el desarrollo del DID, hemos identificado una serie de obstáculos metodológicos importantes. En las tres secciones siguientes de este capítulo, describiremos brevemente algunos de estos problemas.

Políticas operativas

En las primeras etapas de nuestra investigación, hemos caracterizado las políticas nacionales de drogas como una serie de variables dicotómicas. Por ejemplo: ¿Se hace una distinción legal entre drogas “duras” y drogas “blandas”? ¿Se ofrece oficialmente tratamiento en lugar de sanciones criminales? Como muestra la Figura 9.2, hemos observado que estos criterios permiten, a grandes rasgos, ordenar a varias naciones occidentales a lo largo de un continuo que va desde las políticas más tolerantes a las menos tolerantes, o alternativamente, desde las países que dan más importancia a la “reducción de los daños” a los que dan más importancia a la “reducción del uso”^{8*}.

	Países Bajos	España	Italia (pre 90)	Reino Unido	Canada	Francia	Noruega	Alemania	EEUU
Distinción Legal entre duras blandas	X	X	X	O	O	O	O	O	O
Posesión para uso personal no penalizada	X	X	X	O	O	O	O	O	O
Oferta de Tratamiento en lugar de sanción penal	O	X	X	O	O	X	O	X	O
Uso de metadona en tratamiento regular	X	O	X	X	X	O	O	O	X
Disponibilidad de jeringuillas	X	X	X	X	X	X	X	X	O

⁸ Señalar que en el verano de 1990 Italia reintrodujo sanciones penales que había eliminado en 1974, pero que eliminó, de nuevo, a principios de 1993.

/venta / intercambio									
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

O = No X = Si

Figura 9.2 Clasificación de políticas nacionales sobre el continuo reducción de daño / reducción de uso

Aunque el orden unidimensional de la “reducción de los daños / reducción del uso” de la figura 9.2 parece a primera vista tener validez, un análisis más sistemático requerirá de una definición operacional de las políticas de drogas y su implementación. Es necesario pasar de los toscos indicadores dicotómicos a variables con un número más adecuado de categorías específicas. Los indicadores específicos de las políticas deberían permitir generar estimaciones mucho más sensibles de la relación entre tipo de política y resultados.

Además, unos indicadores de política más afinados permitirán una evaluación más científica de la estructura dimensional de la política de drogas. El continuo unidimensional de la Figura 9.2 puede ser reemplazado por un espacio político más complejo y multidimensional, por ejemplo, Canadá puede parecerse a los Países Bajos en algunas dimensiones y a los Estados Unidos de América en otras. Esta estructura multidimensional podría ser identificada usando el análisis factorial exploratorio o confirmatorio de indicadores cuantitativos de políticas.

Desafortunadamente, cuantificar políticas en base a comparaciones transnacionales no es sencillo. Es relativamente fácil determinar las políticas oficiales escritas (véase: Leroy, 1992), sin embargo es mucho más difícil obtener datos comparables sobre los patrones actuales de aplicación de la ley, prevención y tratamiento. Por ejemplo, los datos de justicia penal de los Estados Unidos habitualmente son notificados en términos de arrestos, procesamientos y condenas. Por el contrario, el Reino Unido notifica el número de amonestaciones, *acuerdos* y condenas. La amonestación, una reprimenda escrita que no cristaliza en una declaración de culpabilidad y el *acuerdo*, cuando la policía confisca drogas a un sospechoso sin tomar otras medidas, carecen de categorías equivalentes en los Estados Unidos. De forma similar, en el Reino Unido no existen datos que cuantifiquen el número de arrestos y juicios que terminan en una resolución de inocencia.

Medición de resultados

La medición del uso de drogas y de sus consecuencias es aún más difícil. Esta dificultad no es sorprendente en ningún esfuerzo secundario de recogida de datos, especialmente cuando éste se basa en una multitud de fuentes de información independientes desarrolladas sin ninguna referencia entre ellas. Sin embargo, los problemas se exacerban en el área de las drogas debido a que la estigmatización, y (habitualmente) la naturaleza ilícita del uso de sustancias psicoactivas conduce a que la mayor parte del consumo sea clandestino⁹.

En los Estados Unidos, el país en el que se dispone de la información más completa, queda suficiente espacio para mejorar los programas de recogida de información. (Reuter, 1984; Sidney, 1990; Haaga y Reuter, 1991). Sin embargo, en general los esfuerzos de recogida de datos en Europa y otras naciones occidentales son más jóvenes y mucho más fragmentados (Reuband, 1990). Como resultado, se conoce notablemente poco acerca de

⁹ Por ello el economista Tom Schelling ha sugerido que una ventaja de la legalización de las drogas podría ser la mejora de la calidad de la recogida de datos de drogas. La comparación de un indicador de uso de drogas con un indicador de uso de alcohol o de tabaco ciertamente confirmaría esta alegación.

varias de las principales intervenciones europeas en política de drogas. Por ejemplo, a mediados de los años 80, España e Italia despenalizaron la posesión personal de drogas psicoactivas; hasta ahora no se sabe casi nada acerca de la prevalencia del uso de drogas antes de estas intervenciones, o de los efectos que la despenalización tuvo en la iniciación, prevalencia, incidencia o consecuencias del uso de drogas.

Incluso cuando se dispone de datos adecuados sobre resultados, la comparación de datos obtenidos a partir de diversas fuentes en naciones distintas puede ser una aventura. Muchos gobiernos recogen de forma rutinaria distintos tipos de datos para fines de política interna, pero no los difunden. Estos datos son secuestrados por las burocracias gubernamentales en su lugar de origen, en vez de hacerlos disponibles en la prensa científica (mayoritariamente en lengua inglesa). En realidad encontrar estos datos no es muy difícil cuando se tiene acceso a los cargos oficiales relevantes, pero conseguir este acceso puede ser una actividad que implica mucho tiempo, por lo que sólo es recomendable para los muy pacientes.

Una vez se tienen los datos a mano, es necesaria su traducción. La traducción no se restringe a las transformaciones de un lenguaje a otro, aunque esto ya supone un gran trabajo. Además se debe aclarar el significado. Por ejemplo, si una tabla cataloga el uso de drogas y los homicidios, ¿los números se refieren a víctimas o a autores? En los Estados Unidos, los delitos se dividen en delitos menores o fechorías y delitos mayores, que son tratados, en gran parte, por sistemas de justicia paralelos. Estas distinciones no siempre se dan en otros países e, incluso cuando se dan, el punto que divide las categorías no siempre es el mismo. Finalmente, los países a menudo tienen puntos de vista idiosincrásicos sobre lo que constituye una categoría que merezca la pena ser introducida en una base de datos. Por ejemplo, los italianos tienen una categoría llamada *rapina sotto minaccia siringa*, que ha sido traducida como “secuestrado bajo la amenaza de una jeringa”. Parece que es una forma de asalto que implica la amenaza con una jeringa cargada con sangre infectada por el VIH. Mientras que en los Ángeles se han visto incidentes de crímenes en los que se usan amenazas similares, éstos no son los suficientemente frecuentes como para merecer una columna en las estadísticas criminales.

Los cálculos sobre la prevalencia del uso de heroína entre países son buenos ejemplos de los problemas que se presentan en el tratamiento de la información. En la mayoría de las naciones se dispone de tres indicadores básicos de heroína: el número de muertes por consumo de heroína, las admisiones a los centros de tratamiento y los arrestos por delitos relacionados con la heroína. Para conseguir que estos tres indicadores tengan sentido es importante tener en cuenta la edad y otras características de los que mueren, solicitan tratamiento o son arrestados. Por ejemplo, uno quisiera que la mortalidad relacionada con las drogas se midiese sobre la base de la edad (o por el número de años de consumo). Un aumento en el número de muertes acompañado por un aumento de la edad de los fallecidos puede significar solamente que la población fija de adictos a la heroína se convierte en más frágil conforme aumenta su edad. Por el contrario, una edad constante o que disminuye entre los fallecidos, puede significar que la población adicta está aumentando, particularmente si el número de arrestos y admisiones está también aumentando y no muestra un aumento de la edad. Por desgracia, todo lo que está disponible por el momento son macro cifras de mortalidad, por ejemplo, el número de personas que mueren cada año por consecuencias adversas del consumo de heroína. Sólo unos pocos estudios individuales han medido la

mortalidad por todas las causas (incluyendo la violencia) en una cohorte determinada de usuarios de drogas.

Problemas de diseño y análisis

En el mejor de los casos, un escenario que permitiera el acceso a datos completos, fiables y comparables sobre el uso de drogas y sus consecuencias, confrontaría al investigador a hacer frente a dificultades de diseño y de análisis que darían como resultado inferencias sobre los efectos de políticas de drogas nacionales. En primer lugar está el problema de inferir causa y efecto. Como bien se ilustra en la Figura 9.1, las políticas de drogas y los problemas coexisten en una compleja red de interrelaciones con otras políticas y factores socio-contextuales. Esto da lugar a los conocidos riesgos de confundir la dirección de la causalidad – como cuando un cambio político es una reacción a un problema de drogas– o pasar por alto una tercera variable que influencia de forma causal tanto las políticas como los resultados.

Sin duda el lector no tiene por qué estar familiarizado con las resistencias y las limitaciones de los diseños transversales y longitudinales al respecto, por lo que solamente resumiremos brevemente algunos de los asuntos clave (Cook y Campbell, 1979). La dificultad más importante de los diseños transversales es la confusión natural de la variable independiente de interés –por ejemplo, las sanciones por posesión personal de cannabis–, con una multitud de diferencias entre países. Hasta cierto punto, esto puede corregirse estadísticamente, pero sólo si se dispone de indicadores para todos los factores de confusión relevantes, lo que es altamente improbable. Los análisis longitudinales dentro de una nación – por ejemplo, comparaciones antes y después de los cambios de política– controlan muchos de estos factores potencialmente de confusión, pero son vulnerables a los artefactos ‘históricos’ y de ‘maduración’ (Cook y Campbell, 1979). Por ejemplo, la despenalización de la marihuana en muchos estados de América durante los años 1970 coincidió con una amplia variedad de tendencias sociales, políticas y demográficas que podrían haber influenciado los patrones de inicio y consumo de marihuana.

Por supuesto, los diseños de investigación más poderosos para evaluar las políticas públicas se basan en el experimento aleatorio o el ensayo clínico controlado. Generalmente las autoridades se han opuesto a estos enfoques en el campo de las drogas; un buen caso de estudio es el intento en 1972 del Instituto de Justicia Vera de llevar a cabo un experimento de mantenimiento limitado con heroína en la ciudad de Nueva York, que fue boicoteado por el Congreso y la Administración Nixon (Oppenheimer, 1992). Queda por ver si una nueva propuesta para una solicitud de un experimento similar en Camberra, Australia, tendrá un destino político similar (ver Centro Nacional de Epidemiología y Salud Pública, 1991; Capítulo 12, en este volumen). Pero incluso cuando las autoridades han mostrado el deseo de “experimentar” con nuevas políticas –por ejemplo, el reparto de jeringas, despenalización o la venta de cannabis en los *coffeeshops*– la oportunidad de convertir estos experimentos en “experiencias metodológicamente verdaderas” (con asignación aleatoria a las condiciones y recogida de información sistemática) es, a menudo, boicoteada o pasada por alto.

Además de los problemas de diseño, las comparaciones entre naciones plantean algunos problemas serios en el análisis de los datos. Uno de los más importantes es la selección de la

unidad de análisis apropiada. ¿Deben compararse países? ¿Regiones? ¿Ciudades? La mayor parte de la política de drogas, al menos en algunos países, se hace a un nivel local. Y en todos los países, incluso en aquellos que tienen formas muy centralizadas de gobierno, hay diferencias inevitables entre las grandes ciudades y el resto de la nación. En algunos países hemos tenido dificultades para identificar un indicador nacional para algunas variables, sin embargo hemos encontrado estudios llevados a cabo cuidadosamente en ciertas localizaciones limitadas –ciudades, barrios, o programas– dentro de estos países. En estos casos, ¿podemos comparar con sentido datos de un barrio en un país con indicadores de nivel nacional de otro país? Donde existen datos locales y nacionales, la variación *dentro-de-la-nación* en ocasiones parece ser superior a la variación *entre-nación*. Los datos sobre la prevalencia de infección por el VIH (medida como seropositividad) entre los UDVP son una buena ilustración. Existe una variación entre-países enorme; en algunas naciones menos del 5% de los UDVP están infectados mientras que en otras hasta el 50% están infectados (Brenner Hernando-Briongos y Goos, 1991). Pero existe una gran variación entre ciudades de una misma nación. Por ejemplo, Edimburgo tiene una de las tasas más altas en Europa, mientras que Londres muestra una tasa bastante baja. Los EE.UU. también muestran una enorme variación; en Nueva York la tasa es cerca del 60%, mientras que en San Francisco es menos del 10%. Es difícil saber hasta qué punto estas cifras reflejan diferencias en políticas oficiales, en contextos locales, o en características accidentales de la difusión espacial y temporal del virus.

Otro problema de la unidad de análisis es la limitación inherente al uso de datos en general. Los datos en general presentan el riesgo de caer presos del error ecológico - deduciendo una asociación en el ámbito individual a partir de datos de una general (Langbein y Lichtman, 1978). Esto es un arma de doble filo. No podemos asumir que las asociaciones observadas a un nivel general entre las políticas y los resultados nos digan algo acerca de como un individuo respondería a la política, ni tampoco podemos asumir que las relaciones observadas en el ámbito individual en el laboratorio o en una encuesta de investigación se replicarían a nivel de naciones. Los patrones en el ámbito general y en el ámbito individual pueden de hecho coincidir, pero esto sólo puede establecerse empíricamente mediante la investigación a los dos niveles.

Un último problema es el poder estadístico. Cuando la unidad de análisis es la nación, o incluso la ciudad, es extremadamente difícil obtener un número adecuado de observaciones que respalden la inferencia estadística. Además, la multitud de variables que estamos intentando estudiar en cada país asegura que tendremos más parámetros que resultados de información, dejándonos sin el grado de libertad suficiente para obtener estimaciones estables. En principio, uno puede superar el problema del poder estadístico estudiando más y más países, pero, en la práctica, la escasez de datos apropiados, el coste y la dificultad de obtener los datos existentes y hacerlos utilizables, y el número limitado de naciones cultural y económicamente similares, producen una severa restricción del número de comparaciones realizables.

Conclusión: ¿Cómo puede la información mejorar los debates políticos?

En este punto, algunos lectores se preguntarán si hemos vuelto a una postura nihilista. Después de haber criticado la excesiva dependencia sobre la inducción causal entre naciones en los debates de política de drogas, hemos hecho una lista de una multitud de problemas metodológicos que plantean serias dificultades para un análisis empírico más sistemático.

Cómo la historiadora Virginia Berridge nos ha preguntado, ¿es de utilidad una información que molesta? (Comunicación personal, 1992). Nos hemos tomado tan en serio esta pregunta que concluiremos este ensayo argumentando brevemente en afirmativo. Existen tres beneficios principales que pueden derivarse de la investigación sistemática de política de drogas entre naciones, incluso en ausencia de más y mejores datos.

El **primer beneficio** es el nuevo conocimiento. Incluso con todos los problemas metodológicos que hemos descrito, no tenemos ninguna duda de que la investigación sistemática entre países proporciona una información valiosa sobre los nexos entre políticas y resultados. Parte de esta información no es necesariamente estadística; la simple descripción detallada del contenido y la aplicación de las políticas de drogas nacionales ya es una contribución positiva. Pero incluso los datos de un mal resultado pueden decirnos más sobre los problemas de drogas extranjeros que lo que actualmente conocemos. A diferencia de las anécdotas sobre los yonkis y los tirones, cualquier otra información (más molesta) nos dice algo acerca del rango y la magnitud general de los resultados. Incluso los datos sesgados pueden ser informativos, si podemos identificar la dirección del sesgo. Por ejemplo, si un indicador de resultado de drogas está sesgado de forma que subestima las cifras reales, nos proporciona una estimación del límite inferior del intervalo; si está sesgado en la dirección opuesta (ofreciendo unas cifras superiores a las reales), nos da una estimación del límite superior del intervalo. Por ello, incluso los datos sesgados en ocasiones nos pueden decir si los casos de escenarios peores se confirman realmente en la práctica.

El **segundo beneficio** es el potencial para ampliar el debate de los Estados Unidos más allá de los argumentos del lado de la oferta y el lado de la demanda. Los estudios comparativos pueden ser utilizados para romper la estrechez y el etnocentrismo del discurso político de los Estados Unidos, llevándonos a considerar perspectivas alternativas e intervenciones novedosas (Oppenheimer, 1992). Conceptos europeos como la “normalización” y la “reducción de daños” todavía no son ampliamente reconocidos en los Estados Unidos. Creemos que merecen una consideración cautelosa, incluso si a la larga no reciben un amplio apoyo americano. Estos conceptos no serán considerados a menos que su funcionamiento y consecuencias sean sistemáticamente descritos y analizados.

Esperamos que el beneficio final sea el estímulo y el desarrollo de una mejora de la teoría, la medición y el análisis de las políticas de drogas y los problemas relacionados con ellas. La investigación comparativa pone de manifiesto la incapacidad de los sistemas de análisis de los problemas actualmente existentes, particularmente en Europa, pero también en los Estados Unidos.

En particular, la noción de estudios sistemáticos repetidos en la población sobre el uso de drogas ha sido muy lenta en llegar a Europa, pero hay que resaltar su aumento, por lo que el futuro de las comparaciones entre naciones es optimista. Verdaderamente, los esfuerzos realizados por algunas organizaciones internacionales sugieren que en el futuro los investigadores no tendrán que hacer frente a muchos de los problemas de datos que hemos encontrado en nuestra investigación.

Verdaderamente, esperamos que nuestros resultados, una vez publicados, estimulen nuevas investigaciones y que proporcionen un objetivo a futuros investigadores que corregirán nuestros errores, proporcionando estimaciones más precisas y detectando patrones que nosotros no hemos detectado. Este escrutinio tan crítico representa una apertura al progreso científico, al que nosotros le damos la bienvenida con entusiasmo.

Países Bajos	España	Italia (antes 90's)	R.U.	Canadá	Francia	Noruega	Alemania	EE.UU.
v	v	v	o	o	o	o	o	o
v	v	v	o	o	o	o	o	o
o	v	v	o	o	v	o	v	o
v	o	v	v	v	o	o	o	v
v	v	v	v	v	v	v	v	o

o = No v = Sí

CAPÍTULO 10

EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DEL DAÑO EN ROTTERDARM Y MERSEYSIDE

DUNCAN CHAPPELL, TJIBBE REITSMA, DEREK O'CONNELL Y HEATHER STRANG

La aplicación efectiva de la ley en los Países Bajos y en Gran Bretaña demuestra claramente la trascendencia que tienen tanto los valores culturales como los acontecimientos históricos en el desarrollo y la determinación de las políticas sociales. Debido a su pasado colonial, ambos países han tenido una larga experiencia con las naciones productoras de drogas y con el uso de opio. Desde el dramático aumento del uso y abuso de drogas en los años 60, los dos países se han visto obligados a cambiar sus estrategias para conseguir el cumplimiento de la ley en el ámbito de las drogas y los dos lo han hecho de una manera que refleja los valores predominantes en sus sociedades. Así mismo, cada uno de estos dos países ha elegido adoptar políticas menos punitivas con los usuarios de drogas que las adoptadas en muchos otros países a la vez que han mantenido fuertes penalizaciones sobre la producción y el tráfico de drogas ilegales. Al hacer esto, los Países Bajos y Gran Bretaña han desarrollado interesantes modelos de aplicación de la ley como estrategias de reducción de los daños. En este capítulo se discuten estos modelos y se examina su aplicación en dos grandes áreas metropolitanas: Róterdam, en los Países Bajos, y Merseyside, en Gran Bretaña.

La política y la práctica holandesas

Antes de los años 60, el uso de opiáceos en los Países Bajos estaba limitado a un pequeño grupo de etnia china, a un conjunto reducido de profesionales sanitarios y a los adictos que seguían el programa de prescripción médica controlada (Wijngaart, 1988a). Durante los años 60, el uso de opio se extendió a otros grupos sociales, especialmente a los jóvenes de clase media pero, aún así, la demanda de heroína permaneció baja hasta 1972 momento en el que de repente se hizo disponible en condiciones de gran pureza y a bajo coste. Wijngaart (1988b) cree que esto se produjo como consecuencia de que los traficantes de drogas identificasen Europa occidental como un nuevo objetivo tras el colapso que los mercados del sudeste de Asia sufrieron por el abandono de Vietnam por los Estados Unidos.

En 1977 se estimaba que en los Países Bajos existían 5000 adictos a la heroína. Actualmente se cree que son entre 15.000 y 20.000 y que esta cifra permanece bastante estable o incluso que, probablemente, vaya reduciéndose con el paso de los años. En Ámsterdam se calcula que el número de dependientes de la heroína es de aproximadamente 5.000 y de 3.000 más en Róterdam. Actualmente, el escenario de la droga holandés se caracteriza por un mercado de heroína estable, un descenso en el uso del cannabis y un aumento del uso de cocaína y de las drogas de 'diseño' (Wardlaw, 1992).

La legislación holandesa que rige la disponibilidad y el control de las drogas y que difiere muy poco de la existente en la mayoría de los otros países, excepto por la distinción entre el cannabis y "las drogas que presentan riesgos para la salud inaceptables", preparó en 1976 las rectificaciones al *Opium Act*, que constituye la base legislativa de la política actual. Los Países Bajos han desarrollado su propio modelo centrado en la aplicación efectiva de la ley.

El abuso de drogas en los Países Bajos, en un principio, no es contemplado como un problema de aplicación de la ley, sino más bien como algo que afecta a la salud y al bienestar

social (Korthals Altes, 1987). El principio subyacente de la política de drogas holandesa es la contención del problema; la finalidad no es la erradicación del uso de drogas ilegales sino más bien la disminución de los daños. Esto es comúnmente descrito como 'normalización', es decir, conseguir la reducción de la demanda mediante la integración social de los usuarios de drogas (Van Vliet, 1989). El objetivo es asegurar que el mayor número posible de usuarios entre en contacto con los servicios de tratamiento; actualmente se estima que cerca del 70% de los usuarios lo hacen (Marshall, Anjewierden y Van Atteveld, 1990). Así, la política pasa por alto el carácter delictivo del consumo, para centrarse en conseguir que los servicios estén más accesibles y asegurar que los procesos penales no generan más daños en los usuarios de drogas que el propio consumo.

Cuando se trata de *usuarios* de drogas, los holandeses prefieren usar el derecho penal lo menos posible. Esto queda especialmente ejemplificado con su política de despenalización *de facto* del uso y la venta de pequeñas cantidades de cannabis. Esto se ha conseguido a través de unas guías de penalización promulgadas de acuerdo con el 'principio de conveniencia' contenido en el Código holandés de Procedimiento Penal, que concede al Departamento de Enjuiciamiento Penal la posibilidad de abstenerse de formular procesos penales. (Wardlaw, 1992). Este principio también ha sido utilizado a nivel nacional en el desarrollo de guías de actuación sobre la intensidad de la investigación policial, el uso de la custodia policial, las alternativas fiscales y las diferentes condenas según las circunstancias y el tipo de sustancias recogidas en el *Opium Act* holandés, que entró en vigor en 1976. Se reconoce ampliamente que el derecho penal tiene una eficacia muy limitada en cualquier otro aspecto que no sea el tráfico o la producción de drogas. Es en estas cuestiones donde los esfuerzos se centran y, de hecho, lo hacen siguiendo una estrategia muy en la línea de otros países.

La situación de Rotterdam

Róterdam es la segunda ciudad más grande de los Países Bajos, con una población de casi 600.000 habitantes dentro de una nación de 15 millones de personas. Dentro del contexto de la política de drogodependencias holandesa, ayuntamientos como el de Róterdam presentan un alto grado de autonomía. El ayuntamiento de Róterdam recibe subvenciones del gobierno central para llevar a cabo sus propios programas de drogas que complementa con sus propias partidas presupuestarias.

En el nivel de política local de drogas el equilibrio se consigue a través de la cooperación entre la policía local y cinco fundaciones privadas enteramente financiadas por el ayuntamiento, que ofrecen asistencia socio-sanitaria a los adictos. Estas fundaciones son inspeccionadas por el Servicio de Salud pública, que contrata al coordinador de drogas para asesorar al ayuntamiento. Este Servicio también es responsable del sistema de información de drogas de Róterdam, el cual contiene información anónima de todos los adictos que han solicitado asistencia en estas fundaciones.

El ayuntamiento es apoyado, para la toma de decisiones sobre política de drogodependencias y en realización con programación, por un Comité Asesor constituido por los directores de las cinco fundaciones, representantes de la policía, del Servicio Fiscal, el departamento de Servicios Sociales y el director de la prisión local. El Consejo anualmente revisa el programa de política de drogas con todo detalle, incluyendo los recursos y las responsabilidades de cada fundación.

En Róterdam, la policía interviene en la política global. Para la política de la brigada de drogas, el principio de 'reducción de los daños' significa dirigir su atención hacia los traficantes en lugar de perseguir a pequeños consumidores. Esto se aplica tanto a los usuarios de drogas 'duras' como a los de drogas 'blandas' y a los vendedores de pequeñas cantidades. La policía actúa sólo si los usuarios ocasionan 'molestias inaceptables' a otros ciudadanos, especialmente en las áreas residenciales. Esta visión hace que la adicción a las drogas no sea una excusa para un comportamiento socialmente inaceptable.

En las grandes ciudades como Róterdam las concentraciones de usuarios tienden a ser bastante visibles en ciertos lugares, por ejemplo la estación central de trenes. En respuesta a esto, se ha abierto una comisaría de policía especial que ofrece metadona, intercambio de jeringuillas y otros servicios y que está en relación directa con los servicios sanitarios municipales. Con esto se consigue que la policía esté en comunicación directa y constante con los usuarios.

Cuando el arresto es necesario y si el usuario es detenido por más de seis horas, se le provee con metadona a través de un oficial médico. En las grandes ciudades, los oficiales de policía centran su atención en las relaciones diarias con los usuarios, mientras que la responsabilidad respecto al tráfico a gran escala es de una brigada especial de narcóticos

Así, la policía de Róterdam, como la de cualquier lugar de los Países Bajos, forma parte de un equipo multidisciplinar e integrado, en el que todos comparten el objetivo de contener los problemas derivados del uso ilegal de drogas y asegurar la 'normalización' de los adictos más que su marginación a causa de sus actividades delictivas. Sin embargo, hay una cierta contradicción desde el punto de vista de las expectativas de los oficiales de policía en este régimen; por un lado, ellos deben adherirse a una política vigorosa que combata el tráfico de drogas y el crimen relacionado; por otro lado, ellos deben cooperar con los servicios de salud y bienestar social en la aplicación de una política en la que las personas que consumen estas mismas drogas son tratadas las mínimas veces posibles por el sistema de justicia penal. Esta paradoja genera una tensión considerable en la policía quien constantemente realiza juicios difíciles sobre lo que es tolerable y lo que no lo es. El cumplimiento de la política de drogas en el ámbito local requiere un proceso continuo de toma de decisiones por parte de la policía sobre el tipo de medidas que deben ser aplicadas en cada caso, la finalidad que deben tener y el tipo de problemas que deben intentar resolver. Este funcionamiento es un ejemplo del pragmatismo holandés: Aunque el problema de las drogas ilegales no está resuelto, -nunca se esperó que lo estuviese -, está controlado hasta el punto de que, en comparación con otros países europeos, es considerado como aceptable (Visser, 1992). La función equilibrante continúa.

Pólítica y práctica de Gran Bretaña

Históricamente, en Gran Bretaña el uso de opiáceos está ampliamente extendido y durante la mayor parte del siglo XIX eran de consumo libre. Sin embargo, a medida que la profesión médica empezó a hacer valer su autoridad, la teoría de que el abuso de drogas es una enfermedad cada vez fue más influyente llegando a provocar que la visión penal del asunto se moviese hacia el control de las drogas, aunque a través de disposiciones más médicas que penales (Wardlaw, 1992). El Informe Rolleston (1926) legitimó el concepto de enfermedad de la adicción a los opiáceos y la prescripción de mantenimiento, que constituyó la base del 'sistema británico' hasta los años 60, aunque cabe resaltar que la estrategia jurídica ha sido utilizada

durante todo este siglo contra los usuarios de opiáceos no dependientes y contra los usuarios de otras drogas.

La prescripción del mantenimiento con heroína continuó hasta los años 60 y funcionó bien mientras hubo unos pocos cientos de adictos. Sin embargo, la situación cambió drásticamente en el transcurso del año 1960 cuando la prescripción de grandes cantidades de heroína a un número relativamente pequeño de usuarios y traficantes por parte de médicos negligentes o poco escrupulosos logró la destrucción del 'sistema británico' tal y como operaba en aquellos momentos (Judson, 1974). El cambio más significativo fue la pérdida del derecho a prescribir por parte de los médicos, excepto para aquellos que tenían una licencia especial, la mayoría de los cuales trabajaban en las Unidades de Drogodependencias del Servicio Nacional de Salud. Con la introducción de los programas de metadona en los años 70, la prescripción de heroína se hizo cada vez menos frecuente y prácticamente se puede decir que dejó de existir en Gran Bretaña. Incluso en la clínica de Drogodependencias de Liverpool cuyo programa estaba dirigido por el doctor John Marks, un defensor prominente y persistente de la prescripción del mantenimiento, entre 1985 y 1987, se prescribió heroína a sólo 5 de cada más de 1.000 pacientes (Fazey, 1988).

A finales de los años 70 y principios de los 80, la política de drogas del gobierno británico se orientó hacia el modelo americano de 'guerra contra las drogas', que conllevaba un aumento de los gastos destinados al cumplimiento efectivo de la ley, una legislación y unas sentencias policiales más duras y una fuerte campaña antiheroína en los medios de comunicación. Como consecuencia de estos cambios el modelo médico se vio desplazado en las disertaciones sobre las drogas (Strang, 1992).

No obstante, durante los años 80, la orientación de la política cambió otra vez: el aumento del compromiso por parte de los distintos servicios y profesiones del área de drogodependencias y la aparición del sida como un tema de salud serio gradualmente dieron lugar al desarrollo *de facto* del principio de la 'minimización de los daños'. Verdaderamente, el Consejo Asesor sobre el Abuso de Drogas (1988), declaró que 'la propagación del VIH es una amenaza mayor para la salud pública e individual que el abuso de drogas en sí' (p. 17). De este modo se desarrolló toda una jerarquía de preocupaciones relativas al abuso de drogas y la contención del VIH pasó a ser una prioridad.

La situación de Merseyside

La provincia de Merseyside está situada en el noroeste de Inglaterra y tiene una población de 1,4 millones de habitantes. Es una región densamente poblada cuya ciudad más importante es Liverpool, el cuarto puerto más grande del Reino Unido. En Liverpool se encuentran las oficinas centrales de la policía Merseyside, provincia que, de hecho, cuenta con casi 5.000 policías.

Aunque la política del gobierno con relación al abuso de drogas se ha enunciado ampliamente, en el Reino Unido, el Gobierno central no tiene un papel crucial en las estrategias de control como ocurre en muchos otros países. Las fuerzas de policía han tenido siempre un amplio grado de autonomía para decidir como tratar el problema. La estrategia de actuaciones sobre los asuntos de drogas y derivados es decidida por el Jefe de Policía de cada región. En 1986, la policía de Merseyside introdujo una estrategia de actuación que ha sido denominada

‘cumplimiento responsable de la demanda’. La estrategia se basa en un control policial riguroso en el nivel del tráfico, mientras que para los usuarios opera una política completamente diferente.

La policía de Merseyside, como sus colegas holandeses, reconoce que un cierto grado de abuso de drogas es inevitable y coopera con las autoridades sanitarias locales en la política de reducción de los daños lo que permite un cierto grado de flexibilidad en la forma en que se aplica la ley (Wardlaw, 1992). Las autoridades sanitarias de Merseyside ponen un gran énfasis en sus programas de intercambio de jeringas llegando a un acuerdo con la policía para que no se lleve a cabo ninguna actuación en las proximidades de las clínicas o que no se perseguía la posesión de instrumentos para el consumo de drogas. Además, la policía estuvo de acuerdo en proporcionar a todas las personas arrestadas o detenidas (no sólo por delitos relacionadas con las drogas) información sobre las clínicas de drogodependencias a las que podía acudir en busca de asistencia.

Antes de 1986, en la región de Merseyside los delitos habían ido aumentando. Como consecuencia de la introducción de la política de reducción responsable de la demanda, tanto la demanda callejera de heroína como los delitos relacionados con las drogas empezaron a disminuir. Es importante resaltar que Merseyside llegó a ser la región del Reino Unido con las cifras más bajas de VIH y aún lo continúa siendo. Actualmente, Merseyside tiene la concentración más alta de usuarios de drogas registrada, su edad media es de más de 25 años y continúan envejeciendo, lo que ilustra claramente el éxito de la política.

En la actualidad, en otras zonas de Gran Bretaña se han llevado a cabo iniciativas similares con los mismos resultados positivos. Los policías se sienten mucho más cómodos en sus relaciones de trabajo con los servicios socio-sanitarios. En general, la demanda de heroína ha continuado disminuyendo, aunque, actualmente otras drogas ilegales, especialmente las anfetaminas, la cocaína y el éxtasis constituyen un problema emergente. La policía de Merseyside se asesora en varios servicios para preparar una iniciativa dirigida a estas sustancias en particular.

Comentario

En muchos países, incluyendo Australia, el debate sobre las estrategias para tratar el problema del uso de drogas ilegales ha tendido a girar alrededor de la cuestión de reducción de la demanda vs. reducción del suministro. Los programas de cumplimiento efectivo de la ley y las políticas de drogas habitualmente han sido conceptualizados esencialmente en términos de su función en relación a la reducción del suministro y a menudo han estado sometidas a críticas muy severas por su fracaso en la contención del abuso de drogas (Wardlaw, 1992). En general, no se ha reconocido que dicho fracaso es la consecuencia de las expectativas no realistas por parte de los Gobiernos y las comunidades, en relación al procedimiento jurídico.

Como resultado de esta percepción de fracaso de las estrategias de reducción del suministro, algunos países han intentado dirigir los esfuerzos de las estrategias jurídicas hacia la reducción de la demanda. Esto ha supuesto una estrecha colaboración entre la policía y los servicios de educación, prevención y tratamiento. En Róterdam y Merseyside, la policía ha asumido un papel crucial y pionero en la ejecución de esta nueva dirección política.

Tanto en el Reino Unido como en los Países Bajos, las autoridades locales, incluyendo la policía, tienen un alto grado de autonomía para ofrecer servicios. Esta autonomía no existe en Australia, por ejemplo, si bien la cumbre nacional contra el abuso de drogas (NCADA),

financiada con fondos federales, proporciona un cierto nivel de consistencia en el desarrollo de una política de drogodependencias entre las ocho jurisdicciones australianas que ha demostrado tener mucho éxito.

El objetivo de la NCADA es el de 'minimizar los efectos perjudiciales de las drogas sobre la sociedad australiana' mediante una variedad de estrategias educacionales, jurídicas y de tratamiento. Esta cumbre está dirigida por el Consejo Ministerial de Estrategias sobre Drogas, constituido por ministros de sanidad y de justicia de todas las jurisdicciones australianas. Como cabía esperar, de vez en cuando aparecen diferencias entre los objetivos sanitarios y los políticos. La naturaleza emocional y política del debate sobre las drogas hace que en Australia exista todavía una gran dificultad para discutir sobre políticas alternativas.

Como ejemplo de la dificultad que existe para conseguir un debate racional sobre estrategias que difieren significativamente en sus fundamentos están los problemas que giran alrededor de la propuesta de llevar a cabo un estudio de viabilidad sobre la provisión de opioides a personas dependientes de la heroína en el Territorio Oficial de Australia (ACT) (Centro Nacional de Epidemiología y salud pública, 1991). Los temas relacionados con esta propuesta están siendo investigados conjuntamente por el Centro de Epidemiología y salud pública de la Universidad Nacional de Australia y el Instituto de Criminología de Australia (ver el capítulo 12 de este volumen).

La primera fase de este estudio tiene la finalidad de determinar si un ensayo clínico con la prescripción controlada de opioides, en particular heroína, es en principio viable. Después de un examen detallado de todos estos aspectos, se decidió que el ensayo era posible, aunque se necesitaran resolver muchos problemas.

La propuesta ha sido aprobada por funcionarios de policía expertos en las estrategias de política de drogas holandesa y de Merseyside (Lofts, 1992; Visser, 1992), pero todavía es controvertida en lo que concierne a la policía de Australia. La reacción ha pasado de un rechazo abierto por el anterior ministro de policía de New South Gales, el Sr. Pickering, al firme apoyo del Comisario de policía de Tasmania, el Sr. Johnson (Bammer y Gerrard, 1992).

Una de las conclusiones más obvias a las que llegamos después de examinar la variedad de estrategias políticas posibles es la necesidad de políticas relativas a las drogas ilegales –y de todas las otras áreas de política social–, que sean congruentes con las características de la sociedad para la cual son diseñadas.

Las estrategias adoptadas en Róterdam se producen en el contexto de una sociedad tradicionalmente tolerante a las diferencias, con bajas expectativas de intervención jurídica en las actividades ilegales como es el caso de Australia. Por ejemplo, una de las mayores preocupaciones respecto al estudio de opioides ACT propuesto en Australia está relacionada con la consecuente probabilidad de un aumento visible del problema de las drogas, que se sabe que existe pero que actualmente puede ser ampliamente ignorado por la comunidad en general. Es irrelevante emitir un juicio sobre la reacción de la sociedad australiana a la posibilidad de prácticas policiales como las que ahora existen en Róterdam y Merseyside, sin embargo, es vital tener en cuenta estas reacciones.

Australia, como los Países Bajos, ha declarado explícitamente que su objetivo es la minimización de los efectos perjudiciales de las drogas en la sociedad, más que la erradicación de las drogas ilegales (Wardlaw, 1992). Sin embargo, existen problemas con la interpretación de esta declaración por lo que los servicios jurídicos y de tratamiento han optado por definir la minimización de los daños de formas diferentes.

No obstante, existe la oportunidad de incorporar las experiencias de Róterdam y Merseyside en el desarrollo de la política policial sobre drogas que en estos momentos se lleva a cabo en Australia. Sus éxitos son evidentes. Queda por adaptar las experiencias al escenario local.

CAPÍTULO 11

LA PROHIBICIÓN COMO FASE NECESARIA POR LA FALTA DE CULTURA SOBRE LAS DROGAS EXTRANJERAS

ERIK FROMBERG

No existe sociedad humana donde no se consuman sustancias psicoactivas, ello parece ser una necesidad humana universal (Siegel, 1989; Szasz, 1975). Sean los hombres de las Islas Fidji que beben *kava*, los chamanes de Mongolia que toman *fly agaric*, los yemenitas que mascan *khat* o los occidentales que beben alcohol, todas las culturas humanas han encontrado la manera de alterar su mente mediante el consumo de sustancias psicoactivas. No existen culturas que nieguen el derecho a la intoxicación.

Eso no quiere decir que ese derecho pueda ser ejercido bajo cualquier circunstancia; el uso de una sustancia psicoactiva está siempre sujeto a ciertas reglas, escritas o no, que regulan su consumo. Los habitantes de algunas regiones del mundo, como América del Sur, disponen de forma natural de un gran número de plantas que contienen sustancias psicoactivas, mientras otras regiones, como las europeas, disponen, desgraciadamente, de pocas drogas y por eso, deben recurrir a la fermentación de uva o de cebada para obtener alcohol.

Así pues, cada cultura desarrolla su propia manera de conseguir sus drogas, maneras que son el resultado de una coevolución de la sociedad y de la disponibilidad natural de drogas, de la misma manera que las orquídeas y sus polinizadores son el producto de una coevolución.

Cuando las sociedades se enfrentan de repente con una nueva droga, carecen de reglas socioculturales para controlar su uso. El resultado es a menudo un uso incontrolado, que puede tener un efecto muy destructivo sobre un gran número de miembros de esta sociedad.

La introducción del alcohol en las tribus indias de los EE.UU., o entre los Inuits del Canadá y de Groenlandia, la repentina disponibilidad de grandes cantidades de alcohol en altas concentraciones debida a la aplicación industrial del proceso de destilación en el oeste de Europa o la disponibilidad de heroína en el Sudeste de Asia, son buenos ejemplos de ello. Aunque la heroína haya aparecido en estos países solamente después de que el opio haya sido reprimido (Westmayer, 1976), el control social que regía el uso del opio en esas sociedades no funcionó en el caso de la heroína, de la misma manera que las reglas aplicadas a la cerveza o al vino no funcionaron, al menos por un tiempo, con el tema alcohol.

A veces, cuando una nueva droga se integra como parte de una cultura, sus reglas pueden ser asumidas. Por otra parte, cuando solamente es la droga lo que se introduce, sin reglas ni culturas, puede tener unos efectos muy negativos sobre la sociedad, independientemente de sus propiedades farmacológicas.

Socioinmunología

Existe un viejo dicho holandés "*Wat de boer niet kent, lust hij niet*" que, traducido literalmente, dice: "Al granjero no le gusta lo que no conoce". Ese refrán ilustra un temor innato por las cosas nuevas. Lo nuevo puede ser peligroso y el efecto que produce ese temor tiene un importante valor de supervivencia –tan importante que está profundamente arraigado en el cerebro de todos los vertebrados–. En el mundo en el que vivimos, la representación de las

drogas está profundamente arraigada en lo racional, en el control y en una idea colectivamente protegida que pretende y actúa para conseguir una sociedad sin drogas. Este patrón de comportamiento se puede observar en individuos, instituciones, administraciones y partidos políticos, que apoyados por los medios de comunicación, refuerzan este modelo en la sociedad.

La reorientación de esta idea hacia un nuevo modelo de pensamiento colectivo es fundamental. Ese movimiento debe comprender que siempre (siempre y siempre) viviremos en un mundo con drogas diversas y con diferentes personas que las consumen de diferentes maneras.

Las sociedades no son simples congregaciones de personas. Son grupos de seres humanos que comparten valores y normas que influyen a individuos interdependientes. Desde esta perspectiva una sociedad puede ser considerada como un organismo que posee sus propias reglas.

Las sociedades rechazan las cosas que son contrarias a sus normas establecidas. Cuando los individuos se comportan o actúan de manera diferente a las normas sociales dominantes, y esperadas, se generan temores, movimientos en contra o diferentes rechazos. Ello es debido a que un comportamiento alternativo afecta a la base, normas y valores que mantiene a los individuos unidos en nuestra sociedad con valores que la cohesionan. Las sociedades se defienden de los comportamientos no convencionales, que consideran como desviados o no aceptables situándolos en el ámbito de lo antisocial o patológico. De esta forma, los comportamientos no convencionales provocan lo que podríamos llamar una reacción socio inmunológica.

Una de las normas que parecen gobernarnos en nuestro Occidente, una sociedad predominantemente cristiana, es que la felicidad química es algo que se debe evitar a cualquier precio, salvo que se consiga a través de la droga que ha sido utilizada en Europa desde tiempos inmemoriales: el alcohol. Otras drogas, tales como el café y el tabaco, han sido, sin duda, integradas en nuestra cultura, pero solamente después de un periodo de desaprobación social, incluso de prohibición (Van de Wijngaart, 1991). De este modo, el uso de sustancias psicoactivas diferentes de las que “pertenecen” a una cultura puede ser considerado como un mensaje de agresión que provoca reacciones de defensa similares al comportamiento del sistema inmunológico.

La prohibición vista como una alergia

El primer paso de la defensa de una sociedad contra cualquier nuevo agente, en este caso las drogas, es la desaprobación social, lo cual sería equivalente a una defensa inmunológica normal. En otras palabras, cuando la ley formal esté considerada como la última expresión de los valores sociales más prohibicionista será la reacción social. Cuanto más legalista es una sociedad, más tiende hacia la prohibición. La reacción de desaprobación social de una sociedad del uso de drogas es similar (isomórfica) a la reacción corporal de alergia.

Como lo describimos anteriormente, la reacción a las drogas, definidas como sustancias psicoactivas extrañas, comienza siendo una desaprobación y una prohibición social “normal”, la reacción inmunológica “normal” frente a un invasor extraño. En esta situación, la prohibición debe ser valorada por su efectividad para proteger a la sociedad contra el invasor extraño.

En cualquier caso, el agente extraño debe ser atacado, incluso si eso se revela ineficaz. Los consumidores son considerados como criminales porque el agente debe ser vencido. La eficacia de la prohibición, no por sus resultados, sino por la dinámica que genera.

Las drogas que atacamos son inocuas en comparación a las que, tales como el alcohol y el tabaco, aceptamos.

Cualquier físico puede explicar fácilmente que el alcohol es mucho más tóxico que, por ejemplo, la heroína, pero eso no impide a muchos físicos de ser comparativamente grandes bebedores y de emprender la guerra contra la heroína. Demuestran la reacción exagerada que es típica de una alergia. Esta reacción defensiva de la sociedad provoca reacciones secundarias, tales como desviaciones secundarias y otros síntomas inflamatorios.

La guerra contra las drogas: una enfermedad autoinmune

Ahora, las dolencias autoinmunes, según el saber médico actual, empiezan por atacar un invasor externo que se ha conectado de alguna manera a las proteínas propias de un individuo, que solamente entonces son atacadas como una consecuencia de esa conexión. En nuestro caso, el invasor extraño “droga” llega de alguna manera a estar conectado a unos imperativos sociales propios y la interdicción, prohibición, empieza a atacar a la sociedad misma; la “guerra a las drogas” es una enfermedad autoinmune.

¿De qué manera el rechazo social del consumo de drogas ha llegado a estar ligado a los valores centrales de nuestra sociedad para producir tal dolencia autoinmune? Esta conexión nacida de otros objetivos es utilizada para la identificación de las drogas en tanto que combinación “diabólica”, no para ser comparadas con el compuesto psicoactivo al que la sociedad está acostumbrada. En la actualidad, las drogas pagan el pato por todo lo que va mal en nuestra sociedad. El sueño americano nunca ha sido cumplido, ni siquiera cuando el comunismo dejó de ser una amenaza, entonces las drogas deben ser la causa y la retórica de la guerra continúa. Para un menor alcance el ideal social democrático no ha hecho que la sociedad de la Europa del oeste crea en ello, las drogas deben ser la causa. En ese sentido, el lazo está creado entre el invasor extraño y nuestra propia sociedad para producir la dolencia autoinmune. Eso convierte una alergia en una dolencia autoinmune.

Los síntomas de esa dolencia pueden ser observados en la corrupción de otros valores centrales de nuestra sociedad, como en la conducta de nuestro sistema de leyes por operaciones de encubrimiento, la criminalización de nuestros hijos, la corrupción financiera creada por el mercado negro, etc.

En todo caso, las alergias no deben llegar a ser fatales y Europa, que no ha entrado aún completamente en la guerra de las drogas, no presenta aún los síntomas de una dolencia autoinmune del todo madura. Podríamos decir que está en fase de alergia. Ahora, las alergias desaparecen con el tiempo, como si el cuerpo aprendiera que los agentes causantes de la alergia no son tan amenazadores como se suponen. El cuerpo se adapta a la presencia del agente. El tratamiento antialérgico puede estimular ese proceso y es ahí donde nuestra capacidad racional puede y debe desempeñar un papel importante. Europa tiene aún la posibilidad de adaptar nuestra reacción autoinmune a proporciones razonables, y reducir la inflamación, paso a paso, sin desorganizar el sistema de nuestra sociedad. Consideremos el proceso desde la alergia hacia la adaptación.

Tratamiento: de la prohibición a la enculturación

Una nueva droga penetra en una sociedad siendo utilizada por un pequeño número de personas que inmediatamente formarán un subgrupo o subcultura. Digamos que eso es la cuna de la infección. Luego, la reacción inmunológica empieza: la prohibición. El resultado será, por un lado, la marginalización y criminalización de ese subgrupo y, por otro, la protección de la mayoría. Tal y como hemos podido ver, cuando la prohibición es un fin en sí mismo, el resultado es la alergia y la dolencia autoinmune.

Sin embargo, la prohibición puede también ser considerada como un medio. En ese caso, podemos tratar esta fantasía. Para conseguirlo, primero tenemos que darnos cuenta de que la prohibición nunca ha tenido éxito, por lo tanto no puede ser un fin. Segundo, siendo conscientes de los lados positivos y negativos de la prohibición concebida como un medio, empezaremos con la reducción de daños para el grupo de consumidores. Reducimos la inflamación. La percepción de que la prohibición no puede tener éxito nos hace comprender que tenemos que adaptarnos a la situación de que las drogas existen y seguirán siendo consumidas y que buscar maneras de regulación es la meta de nuestra política. La droga debe ser incluida en el contexto cultural al que llega; la cultura puede encontrar maneras de regular su consumo de manera que se genere el mínimo daño posible.

En la actualidad, el único grupo que puede proyectar vías para manejar la droga es el grupo de consumidores en sí mismo. Los consumidores son miembros de una cultura dominante por un lado, pero están más o menos condenados al ostracismo por la mayoría no consumidora. Por lo tanto, el gobierno les debe proteger. Este proceso está poderosamente obstaculizado por el hecho de que el grupo de consumidores no es, a menudo, una verdadera élite y desde el punto de vista de la sociedad en conjunto no podría nunca ser un ejemplo para otros individuos.

Sin embargo, el grupo de consumidores es el núcleo que tiene que desarrollar modelos de regulación y normas socioculturales que permitan un consumo regular. Sin embargo, esas normas, serán definidas muy subculturalmente, debido, principalmente, a la marginalización del grupo de consumidores. Pero como la prohibición disminuye lentamente, la marginalización se reduce y las normas sobre la regulación del consumo irán emergiendo, cada vez más, desde los valores culturales de la corriente principal de la sociedad y, cada vez menos, desde los valores subculturales. La política holandesa sobre el cannabis puede demostrar este proceso.

La experiencia holandesa con el cannabis

El consumo de cannabis no es nada nuevo en los Países Bajos ni, en general, en las sociedades occidentales. En el siglo diecinueve, muchas patentes de medicinas europeas y americanas contenían cannabis, en su mayoría en su versión de extracto alcohólico, la tintura de cannabis. Aunque su consumo estaba clasificado como medicina, esas pociones eran de libre venta; no había control legal. Aquello no era anormal: los farmacéuticos en el mundo occidental producían muchas pociones conteniendo drogas psicoactivas, el contenido de cocaína en el *Vin mariani* es sólo un famoso ejemplo entre muchos otros. El uso de esas pociones disminuyó en la medida en que se impusieron medidas de control estricto sobre las medicinas, no para reducir su consumo, sino más bien como protección para las profesiones médicas y farmacéuticas. Eso hizo desaparecer más o menos el uso del cannabis.

El cannabis reapareció en público en los Países Bajos al final de los años 50, a través de los actos del poeta holandés, Simon Vinkenoog que se hizo muy familiar en los clubes de jazz parisinos. Su consumo era, al principio, reservado a los círculos de la élite más alta o entre los jóvenes artistas y estudiantes de Ámsterdam y no atraía mucho la atención. Al principio -y probablemente como resultado de sus experiencias con el uso del opio entre los chinos en Ámsterdam y Róterdam donde estaba permitido-, la policía holandesa no reaccionó.

Esto fue posible porque el sistema de leyes holandés es oportunista; el fiscal no está obligado a procesar como en los sistemas de leyes legalistas. Solamente procesa si encuentra motivos para hacerlo. El holandés recurre al código penal no como un fin sino como un modo de control social. Como el que se fumase opio dentro de la comunidad china no planteaba problemas, el fiscal y la policía no tenían motivos para interponerse, aunque el consumo hubiese tenido que ser ilegal.

Cuando el fumar marihuana se volvió más corriente, a principios de los 60, llamó la atención de la profesión médica, y un pequeño grupo de médicos conservadores empezó una intensa cruzada. Eso fue recogido rápidamente por el fiscal y especialmente por parte de algunos periódicos, tales como el *Telegraaf*, que tomaron parte en la cruzada. Eso implicó que Vinkenoog fuera sentenciado a nueve meses de cárcel por estar en posesión de dos gramos y medio de marihuana. Esto puede ser considerado como normal en países tales como los EE.UU. y el Reino Unido, pero casi al principio de los años 60, esta sentencia fue considerada como draconiana por muchos holandeses, e incluso por muchos jueces que fueron confrontados con acusaciones contra los amigos de sus hijos y que se dieron cuenta rápidamente de que los castigos que proponían infligían más daños que el uso de la droga en sí.

De esta forma, a mediados de los años 60, se estableció un debate público sobre el consumo de drogas, en particular sobre el consumo del cannabis, que sin embargo no se inclinó en ningún sentido durante varios años. Mientras tanto, el número de consumidores de cannabis aumentó. Fumar cannabis llegó a ser nacional e internacionalmente un pasaporte que demostraba que uno pertenecía a un grupo de personas que querían cambiar el mundo: los hippies. Fumar "costo"¹⁰ llegó a ser sinónimo de revuelta. Las normas que regulan el consumo del cannabis derivaron de esa subcultura y no tienen nada que ver con la corriente principal de la sociedad.

El empate entre los "halcones" y las "palomas" de la droga se rompió cuando, en los años 70, un distribuidor de hashish de Róterdam fue arrestado en posesión de doscientos kilos y fue subsecuentemente puesto en libertad. Las pruebas del fiscal, el director del Laboratorio Forense nacional, no pudieron probar que el hashish decomisado respondía a la descripción del hashish dada por nuestra Ley sobre narcóticos que databa del año 1928. Eso no fue solamente verdad para el hashish decomisado sino también para todo tipo de hashish, entonces tanto los "halcones" como las "palomas" empezaron a presionar por un cambio de legislación.

Para resolver el problema, el gobierno reunió a un comité consultivo llamado el *Baan Committee*, que presentó un informe en 1972 (Baan, 1972) recomendando la despenalización de la posesión de drogas para uso personal. Al mismo tiempo se crearon comités similares en Canadá (el Comité Le Dain) y en los EE.UU. (el Comité Shafer) que llegaron a las mismas conclusiones. Sin embargo, mientras que en esos países los informes quedaron en el olvido y

¹⁰ N. del T.: el término en el original inglés "pot" ha sido sustituido por "costo" para adecuarlo al argot en castellano

fueron negados por sus gobiernos, el Consejo Ministerial Holandés discutió el Informe Baan y votó por mayoría la completa legalización del cannabis (I. Vorrinck, en aquel momento, ministro de salud pública, en una comunicación personal). Pero debido a una dura presión por parte del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Economía esta decisión no llegó a convertirse en realidad. Su argumento en contra de la legalización completa era que los Países Bajos ya tenían en esos momentos posición aislada respecto al conflicto entre Israel y Arabia (era al principio de la primera crisis del petróleo) y no podía aguantar una postura aislada en otros asuntos.

Como solución de compromiso, decidieron que el cannabis debía ser definido como una droga cuyo consumo era considerado como de riesgo aceptable (drogas blandas) en oposición a todas las otras drogas cuyo consumo era considerado en aquel tiempo de riesgo inaceptable (drogas duras). Según la nueva ley sobre narcóticos, la pena máxima por el tráfico/ comercio de hashish era significativamente más baja que para las drogas duras. Además, la posesión de cannabis para el consumo propio se convirtió en delito menor. La cantidad considerada como para consumo propio fue situada, no por ley sino por directiva del Procurador General, en 30 gramos. Esto se convirtió en ley en 1976 pero la propuesta gubernamental de la ley que se hizo en 1973 había llegado al final de la primera fase de la política holandesa: la fase de conseguir la penalización mediante la prohibición. Hasta donde sabemos, desde 1976 nadie ha sido perseguido por simple posesión de cannabis para consumo propio.

El consumo del cannabis era reconocido como algo diferente del consumo de drogas duras por la opinión pública holandesa en general. Era y todavía es socialmente rechazado por gran parte de la población, pero se había evitado una reacción alérgica continuada. Ahora, podía empezarse la fase de desensibilización.

El siguiente paso fue que en algunos centros juveniles donde el consumo de drogas tenía lugar –las llamadas “casas de traficantes”– se organizaron para luchar contra el mercado de adulteración y la venta de drogas duras tales como la heroína que había sido introducida en Europa en 1972 (por cortesía de la implicación de la CIA en el “Triángulo de Oro”). Así, un traficante de cannabis que gozara de credibilidad entre el personal de estos centros podía vender hashish sin interferencias de la policía. Seguramente, hubo persecuciones al principio de dicha práctica pero terminó en una aceptación general del sistema. En ese sentido, la venta al por menor del hashish y de marihuana, en todo caso ilegal, acabó siendo tolerado, aunque solamente dentro de algunos establecimientos como el *Melweg Paradiso* y muchos otros centros juveniles donde el comercio se hacía bajo control directivo.

Eso definió más adelante la segunda fase en la cual el consumo llegó a ser regulado y la venta privada al por menor acabó siendo más o menos aceptada. En ese sentido, el consumo era aceptado dentro de unos límites en dichos centros juveniles. Como resultado las normas subculturales disminuyeron y las normas de la corriente general aumentaron. La política general perdió interés en el asunto porque el consumo desapareció de la vista. No había más traficantes negros en la Plaza de Dam siseando “costo, costo”¹¹; la venta al por menor estaba limpiamente organizada en los centros juveniles fuera de la vista.

La tercera fase, de cara al público, empezó cuando en Ámsterdam se abrió el *Mellow Yellow*, el primer *coffeeshop*. Entonces, la venta al por menor apareció abiertamente. Ninguna cuota de admisión es necesaria para entrar en un centro juvenil; basta con empujar la puerta,

¹¹ N. del T.: La expresión del original en inglés “Hash, hash” ha sido sustituida por “costo, costo” para adaptarla al argot en castellano

escoger la calidad de cannabis que se desea, comprar una cantidad (generalmente, cualquiera por 10 o 25 DFI) y salir. Incluso no es necesario beber café aunque la mayoría de los *coffeeshops* tienen sus asiduos para quienes la tienda es un lugar social, como cualquier establecimiento público decente.

Después de algunas dudas, esa práctica también fue tolerada. Bajo una directiva central del Procurador General, que es conocida como la AHOY, la venta al por menor directa al público de cannabis fue declarada como tolerable. Los límites de tolerancia estaban definidos por la AHOY que estipulaba: nada de publicidad, nada de drogas duras, nada de *Overlast* (término holandés para definir las trabas al público en general) y no menores (definido como menores de 16 años, la misma edad requerida para la compra de alcohol). Desde entonces, el número de *coffeeshops* ha ido creciendo constantemente para llegar a una estimación actual de 1500, cerca de una quinta parte de ellos en Ámsterdam (Kuipers, 1991a).

El futuro

Actualmente existen tres factores que marcarán el final de esta fase: (1) la necesidad creciente por parte del gobierno local de regular los *coffeeshops*; (2) la percepción por parte de algunos de que los traficantes al por mayor que operan internacionalmente están comprometidos en otras actividades a parte del simple comercio del cannabis; y (3) la unificación Europea, encarnada en el tratado de Schengen.

Aunque el número de consumidores holandeses de cannabis no haya variado de manera significativa durante los últimos 15 años (la incidencia de "haber consumido alguna vez en la vida" es de aproximadamente el 10% de la población en su conjunto) (Kuipers, 1991b), el comercio ha cambiado, primero por un aumento del número de extranjeros que vienen a comprar cannabis en los Países Bajos, y luego por un aumento del cannabis exportado hacia otros países. Esto último no es, en principio, debido a la política diferente de nuestro país, sino que es meramente la consecuencia del hecho que los Países Bajos (el puerto de Róterdam es el más grande del mundo) es, en Europa, el punto de partida más importante para todo tipo de bienes, sean legales o ilegales.

Otro progreso más reciente es el aumento continuo de producción de cannabis de alta calidad en el país, que en la actualidad es estimado por algunos como el quinto o sexto cannabis de mayor eficacia. Convendría señalar sin embargo que, hasta ahora, esa producción local es escasamente exportada. Como producto de exportación sigue prevaleciendo la marihuana de los países productores tradicionales. Así, el comercio del cannabis se ha convertido en una importante, aunque ilegal, actividad comercial que de ninguna manera puede ser controlada, como lo son otros comercios, en términos de control de calidad, precio y tasación.

Numerosos *coffeeshops* se han visto implicados en la exportación de cantidades del orden del kilo, mientras otros, en particular en las regiones cercanas a las fronteras, atraen numerosos clientes de los países vecinos de Europa que compran cantidades del orden de 10 gramos. Este mercado está considerado como negativo por parte de la población local y por parte de los gobiernos municipales que se sienten incapaces de controlar la situación aunque sea solamente en el terreno técnico: la directiva de la AHOY resulta ser muy difícil de aplicar por lo que los gobiernos locales sienten la necesidad de volver a controlar los *coffeeshops*, lo que sólo se puede realizar gracias a algún tipo de legalización formal. Eso está reforzado por la opinión de casi todos los mandos de la policía holandesa implicados en narcóticos para

quienes ha sido un error histórico poner el cannabis bajo las leyes sobre narcóticos y que una legislación más o menos en acuerdo con las que existen sobre el alcohol sería mucho más efectiva (Fromberg, 1993).

El Instituto Holandés para el Alcohol y las Drogas (NIAD) preparó recientemente una propuesta de ley para tal efecto basada en el entendimiento de que la producción local y la venta de cannabis bajo control del Estado podrían ser una salida a los problemas antes mencionados. En ese sentido, se podría reducir, por un lado, el daño sufrido por los consumidores individuales y, por otro lado, aquel sufrido por la sociedad en su conjunto con seguir luchando contra el crimen internacional (si éste se produce realmente en esta área). Recientemente, un funcionario de alto nivel responsable de nuestra política sobre drogas y alcohol habló públicamente a favor de la legalización de la producción de cannabis en los Países Bajos. Las presiones desde otros países para adherirlo a sus políticas, incluidos en la *Convención Única*, tendrán probablemente un efecto adverso, reforzando la determinación holandesa de no entrar en la “Guerra a las Drogas” a la manera americana. La experiencia ha demostrado que existen caminos más eficaces para manejar esos problemas. Después de 30 años de una prohibición formal que se ha debilitado gradualmente, la legalización del cannabis es posible sin arriesgarse a provocar un aumento significativo del consumo ni otras reacciones sociales negativas. Eso es debido a la desensibilización gradual de nuestra sociedad hacia el agente del cannabis

CAPÍTULO 12

UNA EXPERIENCIA CON HEROÍNA EN AUSTRALIA: VISTA GENERAL SOBRE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

GABRIELLE BAMMER, BOB DOUGLAS, MICHAEL MOORE y DUNCAN CHAPPELL

Introducción

En 1991, el Centro Nacional de Epidemiología y de salud pública (NCEPH), en colaboración con el Instituto Australiano de Criminología (AIC), dirigieron la primera fase de investigación sobre la viabilidad de un ensayo clínico para suministrar controladamente opiáceos, incluida la heroína, a usuarios dependientes. La investigación fue emprendida a instancias del *Select Committee* sobre VIH, Drogas Ilegales y Prostitución, creado por la Asamblea Legislativa del *Australian Capital Territory* (ACT). Se decidió que, en principio, la propuesta era factible y se recomendó que la investigación desembocara en una segunda fase, una investigación sobre la posibilidad logística. La investigación para la Fase 2 empezó en 1992. La investigación desarrollada en la Fase 1 y la propuesta para la Fase 2 se esbozan aquí, junto con los antecedentes políticos de esas consideraciones y un breve análisis del conocimiento actual sobre el uso de drogas en el ACT.

Contexto político

En los últimos 20 años, se han presentado una serie de informes sobre las drogas y las dependencias, elaborados por diversos comités patrocinados por el gobierno australiano, por la *Royal Commissions* y a partir de encuestas poblacionales. En esencia, el informe reveló una amplia unanimidad sobre la naturaleza del problema y los modos de tratarlo, con recomendaciones centradas en la educación, el tratamiento y el cumplimiento efectivo de la ley. Desde 1977, los informes han insistido más sobre la minimización de daños que sobre la eliminación del consumo de drogas. Sólo algunos de ellos consideraban el mantenimiento con heroína para casos de dependencia pero sólo uno de ellos pidió la realización de una investigación con ensayo clínico (Comité de Investigación dentro de la Prevención Legal de Heroína, 1981). Sin embargo, se debe recordar que el contexto en el cual la mayoría de esas deliberaciones se desarrollaron era bastante diferente del que existe ahora, en particular porque el VIH/sida no fue considerado un problema hasta más recientes informes. Cada informe lamentaba la falta de información empírica sobre la cual basar las decisiones y pedía debates públicos inteligentes y más investigaciones (Hartland, 1991; Harland et al., 1992).

En 1989, el gobierno del ACT nombró un comité de investigación para investigar e informar acerca del VIH, las drogas ilegales y la prostitución dentro del territorio australiano, poniendo en particular el acento sobre:

(a) La eficacia de los controles legales y sociales actuales para permitir acciones que prevengan la transmisión del VIH; (b) la eficacia de los controles legales actuales sobre la prostitución y la drogadicción; (c) propuestas sociales, médicas o legales alternativas que ayudarían a reducir la transmisión del VIH; y (d) otras tantas cuestiones con relación a las consecuencias del VIH en el ACT que el Comité pudiera considerar oportuno someter a la atención de la Asamblea.

(Legislative Assembly for the Australian Capital Territory, Select Committee on HIV, Illegal Drugs & Prostitution, 1991, p.iii)

Era un comité tripartito, con representación de los dos principales partidos políticos (el Partido Laborista Australiano y el Partido Liberal de Australia) y presidido por un miembro independiente, el Sr. Michael Moore.

A raíz de la asistencia del presidente de este comité a la I Conferencia Internacional sobre Reducción de Daños desarrollada en Liverpool en abril de 1990 se consiguió que el comité fuera particularmente influido en sus deliberaciones por la información aportada por profesionales y administrativos del área de Merseyside, en el Reino Unido, para quienes la prescripción de heroína a personas registradas como adictas a esta droga tenía efectos beneficiosos sobre la reducción de la delincuencia y la mejora de la calidad de vida. El comité también encontró partidarios de un ensayo clínico “para evaluar el impacto del giro político hacia el suministro controlado de heroína a gente aún dependiente de esta droga”, entre los profesionales australianos, (Asamblea Legislativa para el ACT, Comité Selecto sobre el VIH, Drogas Ilegales y Prostitución, 1992, p2).

Esos profesionales estaban particularmente preocupados por encontrar caminos más eficaces para reducir el daño asociado al consumo de drogas inyectadas y especialmente para prevenir una epidemia por infección de VIH entre los usuarios de drogas inyectadas UDVP en Australia. Aseguraban que para los UDVP en tratamiento, el riesgo de infección disminuía de forma evidente por el abastecimiento legal de la sustancia deseada, hasta ahora imposible de conseguir y que éste podría atraer nuevas individuos de UDVP a entrar en tratamiento. Uno de estos profesionales, Alex Wodack, había propuesto anteriormente, sin éxito ninguno, que se hiciera una estimación de los costes/ beneficios de suministrar metadona inyectada.

La Fase 1 sobre la viabilidad de la investigación descrita más adelante se realizó a petición del comité y el Volumen 1 del informe resultante se incluyó íntegramente en el Segundo Informe Provisional de este comité. Este Informe Provisional recomendaba que el “gobierno aprobará la viabilidad de un estudio sobre logística para llevar a cabo un ensayo dirigido al suministro controlado de opiáceos, incluyendo heroína,” (p. 7). El Segundo Informe Provisional fue presentado a la Asamblea Legislativa del ACT el 15 de Agosto de 1991. Desafortunadamente se suspendió el debate sobre el informe y éste acabó no siendo recogido en la historia de esta Asamblea.

En Febrero de 1992 tuvieron lugar las elecciones en la Asamblea Legislativa del ACT. En su declaración política del 19 de enero “Para proteger la Comunidad de Canberra”, el Partido Laborista (quien ganó 8 de los 17 escaños) añadía a la lista de sus objetivos para los siguientes tres años “rechazar la iniciativa unilateral de usar Canberra para experiencias de suministro gratuito de heroína “ (nuestra insistencia). No hubo referencia a la propuesta de ensayo en el informe del Partido Político Liberal (quien ganó 6 escaños). El Grupo Independiente de Michael Moore (quien ganó 2 escaños) incluyó en su declaración política su “apoyo a la propuesta de ensayo con opiáceos en el ACT” y que el Gobierno debería “aplicar la siguiente fase del estudio sobre la heroína”.

El uso de drogas ilegales en el ACT

El ACT es un territorio sin litoral, rodeado por el Estado de New South Wales (NSW) y alberga la capital nacional, Canberra. En 1989, el ACT alcanzó la autonomía; previamente había estado gobernado por la Commonwealth. Canberra tiene una población de alrededor de 285.000 personas. En sus inmediaciones se encuentra la ciudad del NSW de Queanbeyan con una población de unas 25.000 personas. En algunos aspectos, Queanbeyan actúa como suburbio de Canberra, pero en otros es una parte integral del NSW.

En la Fase 1 de la investigación, se estimó que la población de consumidores dependientes de heroína en Canberra alcanzaba unas 1.000 personas y hasta tres veces más de consumidores no dependientes. Las anfetaminas también eran muy usadas por un gran número de consumidores de drogas ilegales y esta población se confundía, hasta cierto punto, con la de los usuarios de heroína. El consumo de cocaína es mucho menos común. El cannabis es utilizado casi por todos los que consumen otras drogas ilegales. La heroína es casi siempre inyectada y ésta es también la vía más común de administración de la anfetaminas. La cantidad más pequeña de heroína cuya venta puede ser castigada en el ACT es de 50 dólares australianos lo que es suficiente para dar un “*toque*” a un usuario sin experiencia o a uno que no es dependiente. Un consumidor más experimentado o dependiente necesita dos veces esa cantidad para conseguir el efecto deseado (Stevens, Dance & Bammer, 1991; McDonald et al., 1993).

Una serie de agencias, tanto gubernamentales como no-gubernamentales, aportaron tratamientos o apoyos a los consumidores de drogas ilegales. Esto incluye un programa de intercambio de agujas y jeringas, una serie de grupos de auto ayuda, de centros de desintoxicación, de programas de metadona oral, una comunidad terapéutica, casas de acogida y reinserción, y servicios de asesoramiento e información. El programa de metadona oral, que abastece a 100 usuarios (85 en mantenimiento y 15 en régimen de abstinencia), exige la recogida diaria en el servicio de drogas y alcohol del hospital. El periodo de espera para entrar en un programa de mantenimiento de metadona es de alrededor de 2 meses (Stevens, Dance & Bammer, 1991). Los planes para extender el programa de metadona (que incluyen poder recogerla en las farmacias) están actualmente en estudio.

La incidencia del VIH asociado al uso de drogas inyectadas en el ACT es baja, aunque puede que los resultados sean subestimados. Las mejores estimaciones sugieren que puede haber unos 20 consumidores de drogas inyectadas que tengan el VIH positivo en el ACT (Stevens, Dance & Bammer, 1992; McDonald, et al., 1993).

Fase 1 de la investigación

En Abril de 1991, antes de que el NCEPH acordase realizar la investigación sobre viabilidad, se invitó a los principales profesionales del tratamiento de las drogas y a investigadores en políticas de drogas a un grupo de discusión sobre los potenciales beneficios de la propuesta. Hubo un firme apoyo a la necesidad de tales investigaciones y se desarrolló una estrategia de cuatro fases para realizar la investigación. Cada fase fue vista como una actividad integral que podía o no recomendar continuar con la siguiente fase. El centro de interés de la primera fase eran los puntos teóricos generales, la Fase 2 servía para considerar la viabilidad logística, la Fase 3 debía servir de pequeño estudio piloto y la Fase 4 debía ser la experiencia práctica en sí.

La Fase 1 de investigación se desarrolló entre mayo y julio de 1991 y estaba a cargo de un equipo que comprendía, por periodos de tiempo más o menos largos, 21 personas. Concluyó con dos volúmenes; uno titulado “Informe y Recomendaciones” (Bammer, 1991; Bammer & Douglas, 1991; Douglas, 1991) y otro volumen sobre aspectos de fondo. Este último abarcaba: una visión global sobre las drogas ilegales en Canberra (Stevens, Dance & Bammer, 1991); un repaso de los argumentos en pro y en contra del cambio hacia el suministro de opiáceos (Rainforth, 1991); el contexto político de un debate australiano sobre las políticas de drogas (Hartland, 1991); grupos de interés y controversias sociales (Martin, 1991); conclusiones legales (Norberry, 1991); opciones posibles para un ensayo (Bammer, Rainforth & Sibthorpe, 1991); problemas éticos (Ostini & Bammer, 1991); actitudes para el ensayo (Crawford & Bammer, 1991); evaluación a través de un ensayo controlado aleatorio (Bammer, Douglas & Dance, 1991); y vías de consumo de drogas (Stevens, 1991). Toda esta valiosa información fue aportada por un Grupo de Referencia de unas 60 personalidades de ese campo. Un pequeño Comité Consultivo supervisó el conjunto del proceso y aportó una guía experta a todo el proceso. En todo caso, la responsabilidad del informe y sus recomendaciones recayeron sobre el Dr. Bammer y el Profesor Douglas.

La Fase 1 de la investigación tenía dos objetivos esenciales. El primero era determinar si, en un principio, el ensayo de suministro de opiáceos de manera controlada, en particular de heroína, era viable. Si lo era, el objetivo siguiente era desarrollar una propuesta para estructurar dicho ensayo.

Las investigaciones comenzaron con un enfoque amplio que permitió todo un conjunto de posibilidades para el ensayo centrándose esencialmente en dos direcciones. En la primera se examinaron los beneficios y costes potenciales de cambiar el suministro controlado de opiáceos. En la segunda se examinaron los límites y las necesidades que podrían determinar si se debía realizar, o no, un ensayo y, en caso afirmativo, que forma debería dársele.

Se examinaron los beneficios y costes potenciales trabajando sobre la voluminosa literatura que se ha escrito sobre el tema y los tópicos asociados (Rainford, 1991). Los comentaristas han sugerido una serie de beneficios potenciales y un insignificante número de costes (Cuadro 12.1). Sin embargo, se deben tomar algunas precauciones importantes. En primer lugar, la mayoría de lo que está recogido en las dos columnas del Cuadro 12.1 se basa en lo que se podría llamar “sillón teorizante” y genera cierta controversia. En segundo lugar, los que desafían el *status quo* han sido mucho más prolijos en sus comentarios que los que lo defienden y han formulado argumentos más sólidos. Esto podría ser tanto porque de hecho sus argumentos son más sólidos, como por que los que sostienen el *status quo* no se sienten lo suficientemente desafiados como para defenderlo con más fuerza.

También existe alguna evidencia empírica que arroja luz sobre estos puntos, en particular la investigación de Hartnoll et al. (1989) en la región de Mersey demuestra la viabilidad de la prescripción controlada de sustancias y el ejemplo de los Países Bajos con sus políticas de “normalización” del consumo de drogas “blandas” (Bammer, Rainforth & Sibthorpe, 1991; Rainford, 1991).

Cuadro 12.1 Ventajas e inconvenientes potenciales de un ensayo sobre el suministro controlado de opiáceos.

Ventajas potenciales	Inconvenientes potenciales
↓ Extensión del VIH	Mensaje equivocado, sobre todo, a los niños
↓ Delincuencia	↑ Accidentes de tráfico y laborales
↓ Tráfico	↓ Falta de incentivos para la abstinencia
↓ Corrupción	↑ Número de consumidores
↓ Uso	
Mejoría de la salud y del bienestar	
Mejoría del estilo de vida	
Alivio de la sobrecarga de los tribunales y las cárceles	
↓ Costes del control policial	

Examinar los inconvenientes de un ensayo clínico incluye considerar los problemas legales, éticos y actitudinales.

Respecto a las implicaciones legales, existen tres aspectos importantes (Norberry, 1991). Uno de ellos son las obligaciones del tratado internacional de Australia. No hay obstáculos para el desarrollo del ensayo pero plantea serios inconvenientes sobre cómo debe ser estructurado. Australia no infringiría las obligaciones de su tratado internacional si el ensayo fuera desarrollado con fines médicos o científicos. Un segundo aspecto es que la Commonwealth controla la importación y la manufacturación de productos narcóticos y tiene amplia potestad con relación a los bienes terapéuticos. Sería necesario que se concediesen un número de licencias y permisos y la Commonwealth debería notificar la estimación sobre la importación de heroína a la Junta Internacional de Control de Narcóticos. Otra vez, esa necesidad no debe ser un obstáculo significativo. Tercero, debería haber cambios legislativos en el ACT y probablemente en otros estados de Australia. En resumen, se deberían hacer toda una serie de cambios legales o de carácter legal para que el estudio pueda ser llevado a cabo, pero esos cambios son factibles si hay un deseo político.

Existen muchas consideraciones éticas que afectan a la forma del ensayo, pero repetimos que no hay obstáculos significativos (Ostina & Bammer, 1991; Ostini et al., 1993). Los controles éticos deben tener continuidad tanto en la Fase 2 como en las sucesivas.

La investigación de la Fase 1 incluía encuestas para cuatro grupos clave (Crawford & Bammer, 1991) y el hecho de que tres de estos cuatro grupos mostraran un amplio apoyo

hacia la noción de ensayo fue imprescindible para alcanzar la conclusión de que el estudio era, en un principio, factible. Las preguntas planteadas fueron:

Algunas personas piensan que son tantos los problemas causados por el consumo de drogas ilegales que algo nuevo tiene que ser urgentemente experimentado. Dirían que el ensayo clínico propuesto debe seguir adelante. Otros piensan que su puesta en marcha es demasiado arriesgada porque podría empeorar el problema. Ellos argumentarían que éste no debería seguir adelante. ¿Piensa usted que el ensayo debería seguir adelante o no?

En el Cuadro 12.2 se presentan los resultados de esta encuesta

Cuadro 12.2 Opiniones de la comunidad en general, policía, servicios de suministro, consumidores y ex-consumidores, sobre si la experiencia debería, o no, seguir adelante

	% Comunidad general (n = 516)	% Policía (n = 446)	% Proveedores de servicios (n = 93)	% Usuarios y ex usuarios de drogas (n = 133)
Debería seguir	66	31	71	76
No debería seguir	27	63	19	14
No sabe	7	7	9	10

La encuesta de la comunidad general del ACT fue llevada telefónica y la tasa de respuesta fue del 77%. Las otras encuestas fueron implementadas mediante cuestionarios auto administrados. Los de la policía fueron mandados por correo a través de la Asociación Australiana de la Policía Federal (la unión policial a la cual todos, salvo un puñado de policías, pertenecen) y la tasa de respuesta fue del 40%. Los cuestionarios para los proveedores de servicios y para los usuarios y ex-usuarios de drogas fueron distribuidos a través de los servicios de agencias y, en el caso de los usuarios, también se distribuyeron a través de su red de amistades por lo que la tasa exacta de respuesta no puede ser calculada.

También se proponían otra serie de cuestiones sobre cómo debería estar estructurado el ensayo y qué efectos se podían esperar del mismo, y los resultados (Crawford & Bammer, 1991) fueron tomados en cuenta para elaborar la Fase 2 en la que se analizaba la viabilidad del proyecto (Bammer, 1991).

Después de haber completado la Fase 1 de investigación, decidimos que también era importante saber si la comunidad del ACT era la única que apoyaba la experiencia. En octubre de 1991, se llevó a cabo una encuesta telefónica sobre una muestra aleatoria de habitantes de Sydney (capital del NSW) y en Queanbeyan. Las respuestas se muestran en el Cuadro 12.3.

Cuadro 12.3 Apoyo a la realización de un ensayo en Sydney y Queanbeyan

	% Sydney	% Queanbeyan
Debería hacerse	58	43
No debería hacerse	34	46
No sabe	8	10
Tamaño de la muestra	521	214
Tasa de respuesta	61	74

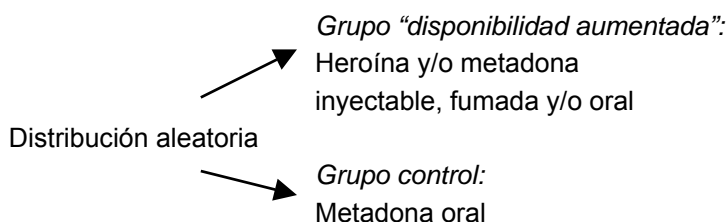
En general, la conclusión fue que el ensayo, en principio, es viable aunque se identificaron una serie de restricciones sobre como debía estar estructurado. A partir de estos resultados se recomendó poner en marcha una segunda fase sobre la viabilidad de la investigación, concretamente para examinar los problemas logísticos.

Una propuesta inicial de ensayo

Como parte de las consideraciones de la Fase 1, se ha desarrollado una propuesta específica sobre como el ensayo podría ser conducido (Bammer, 1991; Bammer, Rainford & Sibthorpe, 1991; Bammer, Douglas y Dance, 1991). Debe insistirse en que esta propuesta es el punto de arranque del debate y la investigación llevada a cabo en la Fase 2. Sin embargo, la propuesta final de ensayo podría ser bastante diferente. Se necesita también poner énfasis sobre el hecho de que, aunque las consideraciones de la Fase 1 pusieron en evidencia que, en principio, el ensayo es viable, aún queda por resolver si las consideraciones de la Fase 2 encontrarán o no que el ensayo sea factible en la práctica.

El elemento clave de la propuesta es la condición de aleatorización de los sujetos. Las personas que cumplan los criterios de selección serán asignadas aleatoriamente a uno de los dos grupos. Uno de los grupos, el grupo de “disponibilidad aumentada” podría elegir entre heroína y/o metadona y tres vías de administración –inyección, fumar y/o oral–. El segundo grupo podría recibir solamente metadona oral; este es el “estándar de oro” de tratamiento actual. La Figura 12.1 muestra este esquema en forma de diagrama:

Figura 12.1 Propuesta para el diseño del ensayo aleatorio controlado



Las preguntas esenciales que se han de responder en un ensayo de estas características son: ¿Puede un programa de tratamiento que ofrece heroína (tanto como metadona) y vías de administración tales como la intravenosa, la fumada y la oral, aumentar la probabilidad de que los participantes (1) lleven un estilo de vida más estable con relación al empleo, sus relaciones

y sus actividades cotidianas; (2) reduzcan sus actividades delictivas; (3) reduzcan los comportamientos que les ponen en situación de riesgo de contraer el VIH o las hepatitis C y B; y (4) aumenten los hábitos significativos para mantener su salud y bienestar?

También recomendamos que estas metodologías deberían ser desarrolladas para poder responder otras preguntas como:

1. ¿Tal programa puede atraer hacia el tratamiento a los consumidores de opiáceos ilegales que no han buscado tratamiento anteriormente y puede retener a sus clientes durante más tiempo que los programas disponibles en la actualidad? ¿Hasta qué punto, tanto los participantes como los profesionales, están satisfechos con el programa?
2. ¿Tal programa de tratamiento puede tener beneficios medibles para la sociedad en general, en términos de reducción del nivel de los problemas asociados al consumo de drogas y del coste económico y social del consumo de drogas?
3. ¿Cuál es el coste efectivo de tal programa?
4. ¿Puede dicho programa mejorar las relaciones y el estilo de vida desde el punto de vida de la familia y el entorno próximo de los participantes en dicho ensayo?
5. ¿Tendría un programa de tratamiento de este tipo un impacto significativo sobre los servicios de tratamiento de drogas ya existentes? ¿Y sobre la aplicación de la ley?

Recomendamos que la duración del ensayo clínico debería ser de dos años. Nuestra propuesta inicial, que previsiblemente se modificaría durante la Fase 2, es que: (1) el ensayo debe ser restringido a los consumidores dependientes; (2) debería haber un registro y algún sistema de identificación para los participantes en el experimento; (3) las drogas deben ser administradas en los puntos de distribución y no debe ser permitido llevárselas; (4) los participantes deberían tomar, como máximo, tres dosis de heroína diarias; (5) debería haber un proceso de supervisión regular para las personas del ensayo, donde se les podría estimular a realizar prácticas menos dañinas (en el sentido de que se les aliente a consumir drogas menos dañinas, dejar de inyectarse e intentar utilizar las vías de administración oral o fumada); (6) los participantes de la experiencia deben ser motivados para participar en las sesiones de *counselling* y otras formas de tratamiento; (7) el funcionamiento social de los participantes en el ensayo debe ser regularmente evaluado y derivados a otros servicios según sea necesario como los centros de acogida y asistencia social; (8) no se debe cobrar a los participantes por el tratamiento recibido en el ensayo; (9) debería haber sanciones contra la desviación al mercado negro de las drogas experimentales; (10) seguir tomando drogas de la calle seguirá siendo ilegal y podría ser un criterio de exclusión para participar en el experimento; (11) al final del ensayo todos los participantes deberán tener acceso a la metadona oral.

Cada una de estas sugerencias tiene ventajas e inconvenientes que son presentados por Bammer (1991). Estas necesitan ser investigadas y reflexionadas cuidadosamente en el transcurso de la Fase 2.

En Noviembre 1991, la NCEPH y la AIC organizaron una Jornada (en colaboración con el Centro Nacional de Investigación sobre Drogas y Alcohol) para informar a los autores de las claves políticas sobre los descubrimientos de la Fase 1 y para debatir sobre si la investigación debe seguir con la fase 2 o no. Había un fuerte apoyo para la continuidad (Bammer & Gerrard, 1992).

Fase 2

Para determinar si el ensayo es factible desde el punto de vista logístico se necesita realizar una importante cantidad de investigaciones. Existen tres principios fundamentales que sirven de guía a la Fase 2:

1. Independientemente de que el ensayo siga o no adelante, la investigación sobre la viabilidad debería tener valores intrínsecos para los servicios de tratamiento o para las políticas de drogas en general.
2. La investigación debería ser aplicada en todas las disciplinas relevantes y los hallazgos de la misma deberían ser integrados en el problema central.
3. El proceso de la Fase 2 debería comprender al máximo posible los grupos de interés clave –consumidores de drogas ilegales, servicios de suministro, policía, políticos y comunidad.

Para esta segunda fase se amplió el Comité Consultivo y se constituyeron nuevos grupos de referencia. La información requerida para la Fase 2 puede ser dividida en cinco áreas: (1) Núcleo central de información (por ejemplo, el número estimado de consumidores, características relevantes de los consumidores registrados en el ACT, documentación acerca de la información conocida sobre los efectos psicofarmacológicos y toxicológicos de los opiáceos); (2) información relativa al diseño y evaluación del ensayo experimental; (3) información relativa al servicio de suministro; (4) información sobre la legalidad relevante, la aplicación de la ley y los problemas delictivos; (5) grado de aceptación que la propuesta de ensayo clínico tendría por parte de la comunidad.

Otra manera de enfocar la Fase 2 consiste en dividir las preguntas y los problemas que se deben plantear en los tres grupos siguientes. El primer grupo lo forman preguntas dirigidas a las consideraciones de posibilidad *per se*; el segundo grupo hace referencia a los problemas que necesitan ser planteados antes de que un estudio piloto de la Fase 3 sea emprendido; y el tercer grupo son las cuestiones que necesitan ser planteadas para conducir adecuadamente el ensayo hacia una Fase 4. Evidentemente, existe cierto grado de solapamiento entre ellos.

Las preguntas que se dirigen a las consideraciones de posibilidad *per se*, son:

1. ¿Es posible trabajar con el diseño de ensayo propuesto y es éste el mejor diseño posible?
2. ¿Las preguntas suplementarias son apropiadas y se pueden contestar adecuadamente?
3. ¿El servicio de suministro está diseñado de manera que, realmente, pueda funcionar?
4. ¿Por qué no poner a prueba solamente los servicios actuales de tratamiento, ampliando la disponibilidad de metadona?
5. ¿Cuales son los costes económicos de la experiencia propuesta y son justificables?
6. ¿Hasta qué grado una propuesta revisada y más detallada es aceptable para la comunidad y los grupos clave (incluyendo los consumidores, la política, los servicios de atención a drogodependencias, los médicos en general, y las autoridades del estado de NSW)?

Para que un estudio piloto (Fase 3) sea realizado, deberían plantearse las siguientes cuestiones:

1. Cambio legislativo en el ACT, la Commonwealth y posiblemente NSW y Victoria, incluyendo informaciones sobre cómo obtener la licencia para importar heroína y cómo cumplir mejor con la Therapeutic Goods Act (1989).
2. Identificación del origen de la heroína, su conversión en formas adecuadas para su administración en el ensayo clínico, y medidas de transporte seguro así como facilidades de almacenamiento.
3. Medidas de seguridad y lugares apropiados para el servicio de suministro.
4. Riesgos potenciales para los participantes en el ensayo, los organizadores y el equipo.
5. Riesgos de que se comentan delitos.
6. Empleo de personal (puede ser necesario proveer con formación antes de empezar con el estudio piloto).
7. Diseño de las pautas del servicio (por ejemplo, *screening*, funcionamiento diario, métodos para determinar los niveles de la dosificación).
8. Identificación del grupo de consumidores para el estudio piloto.
9. Diseño del estudio piloto, incluyendo su evaluación.
10. Coste del estudio piloto.
11. Protección de los datos recogidos en el estudio piloto.
12. Seguro.

El trabajo preliminar a la Fase 4 debería incluir lo siguiente (muchas de estos temas nos informarán también substancialmente sobre la viabilidad logística *per se*).

1. Determinación de las variables resultado.
2. Determinación de las causas concretas de la terminación del ensayo, tanto si funciona según el plan previsto como si se requiere acabar antes de lo previsto.
3. Determinación de la filosofía del servicio de suministro.
4. Determinación de los detalles del servicio de suministro.
5. Examen de los efectos de la heroína y de otros opiáceos sobre las capacidades para conducir, y determinación de si debe establecerse algún medio de transporte público, o especiales, para el acceso a los lugares de tratamiento.
6. Examen de la aceptabilidad y seguridad de la vía fumada.
7. Examen de los efectos psicofarmacológicos de la heroína y de otros opiáceos.
8. Examen en profundidad del coste y los beneficios económicos del ensayo.
9. Elección de los consumidores dependientes a la heroína y residentes en Queanbeyan.
10. Determinación de los cambios necesarios en la aplicación de la ley para proceder al ensayo.

La pregunta más específica que ha sido identificada en la Fase 1 (Bammer, 1991) puede ser añadida a esas áreas más generales.

Anticipamos que somos capaces de alcanzar una conclusión a partir de la viabilidad logística del ensayo experimental a mitad de 1993.

Conclusiones

Está claro que un ensayo experimental como el propuesto no está exento de problemas. Esperamos poder negociar tanto las ventajas como los inconvenientes de la estrategia trazada, en tanto que las resoluciones presentadas pueden ser hechas sobre la conveniencia de seguir adelante. La decisión final tendrá lugar aunque el balance definitivo entre beneficios y riesgos puede ser mejorado por encima de la presente situación.

La Fase 2 ha sido estructurada de manera que sea un estímulo tanto para la investigación como para el debate, y de manera que tenga una capacidad de aplicación más amplia para mejorar los servicios para los consumidores de drogas ilegales en general y para presentar informes sobre las consideraciones de la política de drogas. Por esa razón, se puede aprender mucho sobre las consideraciones de viabilidad, indistintamente de que el ensayo se realice o no.

Posdata

En Abril de 1992, la investigación sobre la viabilidad era discutida por el Consejo Ministerial sobre Estrategias de Drogas (MCDS). El MCDS está constituido por dos ministros, uno de salud y otro de justicia, de cada jurisdicción (por ejemplo, Estados de Australia y Territorios) y la Commonwealth. En los acuerdos resultantes se señaló "el progreso efectuado por el Centro Nacional de Epidemiología y de salud pública (NCEPH) en su iniciativa de realizar un estudio de viabilidad, desde la no distribución de drogas, hasta las opciones de tratamiento con heroína" y recomendó que "los resultados sobre el estudio de viabilidad sean transmitidos al MCDS".

El gobierno laborista del ACT sigue siendo prudente acerca de la investigación sobre la viabilidad que actualmente está en marcha. Sin embargo, aceptó cooperar con algunos de los aspectos importantes del proceso de la Fase 2.

Se está desarrollando un programa de consulta formal e informal con grupos claves al mismo tiempo que una estrategia que permita a esos grupos estar correctamente informados. Parte de la estrategia de información ha sido la publicación de una hoja informativa acerca de los desarrollos políticos y de investigación.

Allí donde es posible, los proyectos de investigación se desarrollan en colaboración con los grupos claves. La magnitud de la investigación que será llevada a cabo depende mucho de subvenciones externas que se están evaluando, de su apoyo financiero mediante los canales usuales de concurso y evaluación externa. La Universidad Nacional Australiana concedió 445.000 dólares australianos en cinco años de los Fondos para Estrategias de Desarrollo para crear y apoyar el puesto de coordinador del estudio y, recientemente, se han concedido otras dos pequeñas donaciones.

En la III Conferencia Internacional sobre Reducción de Daños Asociados al Consumo de Drogas esta propuesta generó discusión y, en consecuencia, se ha prolongado dicho proceso de debate. También hemos oído que el informe de la Fase 1 está siendo utilizado como base sobre las pautas o directrices a seguir en el desarrollo de un proyecto de ensayo experimental con heroína en Suiza.

CAPITULO 13**REDUCCION DE DAÑOS ASOCIADOS AL HÁBITO DE FUMAR: EL INTENTO DE SUBSTITUCIÓN DE LA NICOTINA #**

MICHAEL A. H. RUSSELL

El Sr. Peter Staples, Ministro de la Commonwealth para los Servicios de Sanidad, Familia y Tercera Edad, declaró que el tabaco causa 19.000 muertes por año en Australia –350 por semana o como, él dijo, un avión Jumbo, lleno de pasajeros–. También mencionó que eso representaba el 72% de todas las muertes producidas por adicción o abuso de drogas. En el Reino Unido, el tabaco mata alrededor de 150.000 fumadores cada año, mientras que, en el mismo espacio de tiempo, unos 400.000 mueren en los EE.UU. Entre 1.000 y 4.000 no fumadores, en el Reino Unido y en los EE.UU. respectivamente, mueren por respirar el humo de los que fuman.

A pesar de todos nuestros esfuerzos para moderar y controlar el tabaco durante los últimos 20 años o más, todavía quedan unos 15 millones de fumadores en el Reino Unido, unos 50 millones en los EE.UU. y el 25% de los niños son fumadores cuando dejan el colegio a los 16 años. Ningún país ha podido alcanzar aún una tasa probada de disminución en la prevalencia nacional de hábito de fumar superior al 1% por año, y, de hecho, marcar como meta una prevalencia nacional por debajo del 20% para el año 2000 parece optimista. Mientras tanto, la propagación del uso del tabaco en los países en vías de desarrollo avanza rápidamente. Sobre las bases de las tendencias actuales, Peto predice una tasa de mortalidad debida al tabaco de unos 10 millones por año hacia la segunda década del próximo siglo (Peto, 1991).

Esto es, sin duda, una situación de crisis –de las más serias porque nuestros esfuerzos durante las dos últimas décadas han sido insuficientes–. El progreso ha sido también demasiado lento o inexistente. Una de las razones para esto es la alta potencia adictiva de la nicotina. Hoy en día está claramente reconocido que fumar cigarrillos es una forma de adicción. Un punto de referencia en este proceso fue el informe 1988 del Inspector General de Sanidad Americano que concluyó que los procesos fundamentales de la adicción a la nicotina son similares a los de otras drogas adictivas tales como el alcohol, la heroína, o la cocaína (US Department of Health & Humans Services, 1988). Lo que distingue la nicotina de las otras drogas de abuso extendido es que sus efectos son sutiles, que no provocan una intoxicación socialmente destructiva y que tampoco provocan violencia ni actos delictivos. La paradoja central es que, mientras la gente fuma para encontrar los efectos de la nicotina, se muere esencialmente a causa del alquitrán y de los otros componentes no deseados que se encuentran en el cigarrillo. La nicotina en sí no provoca el cáncer ni enfermedades de obstrucción crónica de los pulmones, aunque probablemente contribuya en las enfermedades cardiovasculares asociadas al hábito de fumar. Los fumadores adictos a la nicotina se resisten a un progreso más rápido de nuestros esfuerzos para reducir el hábito de fumar. Una manera de reducir las dificultades de dejar de fumar es suministrando la nicotina desde una fuente alternativa y menos dañina. La nicotina en forma de chicle ayuda a la gente a dejar de fumar y es mucho menos dañina que el tabaco. No contiene alquitrán o gases dañinos que causan el

Este capítulo es una versión adaptada de : Internal Paper N 2, ICRF Health Behaviour Unit, Institute of Psychiatry, London SE5 8AF ICRF Behaviour Unit, 1992.

cáncer y enfermedades crónicas por obstrucciones de pulmón, el porcentaje de nicotina se absorbe más lentamente y la disminución de los niveles en sangre produce menos estrés sobre el corazón que la nicotina del tabaco fumado.

El *status quo* en los últimos 5-10 años está a punto de debilitarse por la comercialización de nuevos productos de sustitución de la nicotina que estarán disponibles muy pronto como ayuda para dejar de fumar. Esos productos varían desde los parches epidérmicos de nicotina, que tardan de 6 a 8 horas en producir un estado de saturación estable del nivel en sangre (Srivastava et al. 1991), hasta los inhaladores de vapores de nicotina que imitan la momentánea subida en sangre arterial que se produce a los pocos segundos de cada bocanada de humo de cigarrillo inhalada (Feyerabend & Russell, 1990). Los parches epidérmicos de nicotina de cuatro compañías farmacéuticas diferentes están ya disponibles en algunos países. Un pulverizador nasal de nicotina, del que la rápida absorción proporciona la saturación de los niveles en sangre al cabo de 5 minutos (Sutheland et al., 1992) está siendo sometido a experiencias clínicas en cuatro países. Un soplador de vapores de nicotina se encuentra en la primera fase de un ensayo clínico, y se están creando tabletas de nicotina como alternativa al chicle.

Todo tipo de cuestiones nuevas serán tomadas en cuenta por parte de los políticos, de los organismos de control y de los terapeutas. ¿Cuales de esos productos deberían estar libres de todo control médico y disponibles en máquinas expendedoras? ¿El coste del tratamiento debería ser reembolsado y asumido por los servicios sanitarios? ¿Su uso prolongado puede ser permitido? O, incluso, ¿recomendado, en aquellos que volvieran a fumar? ¿Se podría promocionar algunos de esos productos en el mercado libre para competir con el tabaco?

Lo que me propongo aquí es reflexionar acerca de cómo podrían ser mejor incorporados esos productos de sustitución de la nicotina en los programas de tratamiento del tabaquismo para maximizar su potencial reductor de los daños asociados al tabaco. Los argumentos para sustituir la nicotina están ampliamente basados sobre la evidencia de la magnitud con la que el progreso realizado a través del enfoque educativo, las medidas restrictivas y los programas de cigarrillos bajos en alquitrán, ha sido y sigue siendo frustrado por la adicción al tabaco. Y es dentro de ese contexto en el que se discute el alcance de la sustitución de la nicotina.

Las cuatro estrategias principales

Existen cuatro enfoques primordiales para reducir los daños relativos al hábito de fumar: (1) reducir el número de nuevos fumadores, (2) aumentar el número de personas que deciden dejar de fumar, (3) reducir los riesgos del fumador activo, y (4) reducir la exposición pasiva al humo de los demás.

No sugerimos que focalizar la atención en uno o dos puntos, implique que no se den importancia a los demás. Ningún enfoque parece ser efectivo de forma aislada. Aunque, teóricamente, si se pudiera evitar que aumentase el número de fumadores, los demás puntos resultarían inmediatamente inútiles. En algunos casos, el progreso en un enfoque puede mejorar en otro. Por ejemplo, el aumento de adultos que dejan de fumar equivale a reducir el número de nuevos fumadores (sus hijos), y la exposición al humo pasivo de las personas que los rodean. Las restricciones para reducir la exposición pasiva en los lugares públicos puede ayudar a favorecer el dejar de fumar. Sin embargo, las interacciones positivas pueden no ser la norma. La aparición de cigarrillos menos dañinos, por ejemplo, puede echar a perder el progreso hecho en rebajar el número de nuevos fumadores y en aumentar el dejar de fumar en

otros. Llegar a descubrir el perfecto equilibrio puede ser difícil. También es obvio que los enfoques pertinentes de un país desarrollado respecto a los problemas derivados del consumo de tabaco deben diferir de los que se requieren para prevenir la expansión del consumo en países en vías de desarrollo. Los temas que se discuten en este capítulo recurren esencialmente al anterior.

Se asume a lo largo de este texto que nuestra principal preocupación es reducir las enfermedades relativas al tabaco y que las objeciones morales hacia un consumo recreativo o incluso, adictivo de una droga pueden ser desestimados a condición que esos usos no sean física, psicológica o socialmente dañinos para el usuario o para los demás.

Los enfoques motivacionales, esenciales pero no suficientes

Los peligros del hábito de fumar han sido ampliamente comentados por los primeros informes del Colegio Real de Físicos del Reino Unido de 1962 por el Inspector General de Sanidad de los EE.UU. en 1964. Estas campañas y programas para controlar el hábito de fumar reposaban, esencialmente, sobre el incremento intensivo del enfoque educacional de la salud en las escuelas, en los medios de comunicación, en los carteles, a través de advertencias en los paquetes de tabaco y otras formas de publicidad sobre los riesgos que produce el tabaco sobre la salud. Aunque esto sea exitoso para motivar a la gente que quiere parar y que intenta parar, ese tipo de enfoque es relativamente ineficaz para ayudar a conseguirlo (Sutton & Hallet, 1987, 1988). Desafortunadamente, la mayoría de los resultados de las investigaciones en este campo no han aportado resultados consistentes. En una revisión hecha sobre el impacto de 40 programas o campañas de los medios de comunicación medido a través de su capacidad para hacer que las personas dejaran de fumar, el autor concluyó que las sofisticadas técnicas de metanálisis no eran las adecuadas porque “si nos hubiésemos limitado solamente a los estudios que cumplían las condiciones mínimas de validez científicas, no nos hubiera quedado mucho por repasar”. (Flay, 1987).

Más desalentadora aún que el débil efecto de los enfoques basados en la motivación sobre la decisión de dejarlo, es la falta de efectos significativos de las estrategias de prevención: Una intervención intensiva en las escuelas hecha a través de los métodos más sofisticados de aprendizaje social y educación para la salud, impartida durante tres años, tuvo solamente un efecto transitorio, sin evidencia de ningún efecto seis años después (Flay et al., 1989).

Otros enfoques menos directos basados en la motivación incluyen estrategias como aumentar los impuestos que gravan el tabaco, imponer restricciones sobre la publicidad y la promoción de los productos del tabaco, así como restricciones en el permiso para fumar en lugares públicos. Varios estudios han demostrado que la venta de cigarrillos decae cuando se aumentan los precios pero la respuesta es moderada con una variabilidad de alrededor del -0.5 (Russell, 1973, Godfrey & Maynard, 1988). Esto quiere decir que un aumento del precio en un 10% haría decaer aproximadamente un 5% en el consumo. No está claro cuanto de este porcentaje es atribuible al hecho de que algunos fumadores han dejado de fumar o si muchos fumadores han recortado su consumo. Aunque muy pocos trabajadores sociales cuestionarían que la publicidad y la promoción de los cigarrillos podrían ser prohibidos, el resultado directo de eso sería bastante pequeño. El consumo adictivo de drogas se propaga demasiado rápido sin necesidad de publicidad. Sin duda, como el Informe del Inspector General de Sanidad de los EE.UU. del año 1989 afirmaba: “No existe ningún estudio científicamente riguroso disponible

que dé una respuesta definitiva a la pregunta básica de si la publicidad y la promoción aumentan el nivel de consumo de tabaco” (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., 1989).

Los programas de control del hábito de fumar han tenido la tendencia de basarse principalmente en los enfoques basados sobre la motivación porque podrían ser designados a nivel nacional. Y de hecho, tuvieron éxito para motivar a los fumadores consiguiendo que el 75% de los fumadores del Reino Unido, por ejemplo, quieran dejarlo. De hecho, la mayoría de ellos lo han intentado más de una vez (Russell, 1991). Pero, en todo caso, a pesar de todas las campañas y esfuerzos hechos durante muchos años, menos del 40% de los fumadores del Reino Unido han conseguido dejar de fumar antes de llegar a los 60 años (Jarvis & Jackson, 1988), edad en la que ya se ha causado un gran daño que, además, sólo es parcialmente reversible. Queda claro que un enfoque basado en la motivación por sí sólo es insuficiente para la mayoría de los fumadores, y que el camino hacia el éxito en el cese del hábito se ve bloqueado por el problema de la dependencia.

El poder adictivo del hábito de fumar

La importancia del apoyo y del tratamiento como complemento de los enfoques basados en la motivación es ampliamente reconocido en las políticas y en los programas de alcohol y de drogodependencias. Pero no es el caso del hábito de fumar. Mucha gente, en particular los que se encuentran en el campo de la educación para la salud, se han resistido a reconocer que fumar era una adicción que podía ser combatida con un tratamiento. Es difícil de entender esta resistencia dado el carácter altamente adictivo del tabaco.

Es precisamente por este alto poder adictivo que, la tendencia a la recaída después de un corto periodo de cese y el porcentaje de consumidores que se vuelven dependientes, que el fumar cigarrillos se encuentra al mismo nivel que las otras adicciones. El fumar compulsivo es la norma. Rara vez es una actividad intermitente, como un tómallo déjalo, o una práctica moderada para ocasiones apropiadas. Menos del 10% de los fumadores son capaces de fumar de manera no habitual. El 40% de los fumadores del Reino Unido encienden el primer cigarrillo del día dentro de los 15 primeros minutos después de despertarse, el 17% dentro de los cinco primeros minutos (Russell, 1991). Un 50% dice que tiene ansia de fumar frecuentemente o siempre en las situaciones en las que no se puede fumar. Un estudio realizado sobre adictos a las drogas y alcohólicos que acuden a una clínica para su tratamiento relata que el 57% pensaba que sería más duro dejar de fumar que solucionar sus problemas con las drogas, mientras el 72% de los alcohólicos y el 52% de los usuarios de drogas relatan que sus ansias de fumar eran tan fuertes o más que las de consumir alcohol u otras drogas (Kozlowski et al., 1989). Sin tener un sustituto de nicotina dejar de fumar puede ser tan difícil de lograr y de mantener, como alcanzar la abstinencia a la heroína o al alcohol (Hunt et al., 1971).

Como ya hemos mencionado antes, aunque el 75% de los fumadores quieren dejar de fumar, solamente el 40%, como mucho, logran dejarlo definitivamente antes de llegar a los 60 años. En esas condiciones, el 60% fuma desde su adolescencia hasta los sesenta años aunque la mayoría de ellos quiera e intente dejarlo, a menudo varias veces durante este tiempo. Algunos continúan fumando a pesar de sufrir bronquitis y enfisemas, anginas o amputaciones de los pies. Entre los fumadores que han tenido una operación por cáncer de pulmón, un 50% de los que sobreviven fuma de nuevo al cabo de un año (Davidson & Duffy, 1982). De los que sobreviven a un ataque al corazón, el 70% de ellos ha vuelto a fumar al cabo

de un año, un 38% mientras aún estaba en el hospital, dentro de los cinco días de traslado, entre cuidados intensivos y otro servicio (Burt et al., 1974, Bigelow et al., 1986).

Más alarmante aún tal vez que la potencia de la adicción al tabaco, es la facilidad con la que se expande. De los que fuman más de 3-4 cigarrillos cuando son jóvenes, el 90% llegará a ser un fumador regular dependiente (Russell, 1990). La tolerancia se adquiere rápidamente después de los desagradables efectos del comienzo, la nicotina aspirada en cada cigarrillo muy pronto es la equivalente a la de los adultos (McNeill et al., 1987). Los adolescentes también relatan que han tenido los mismos síntomas típicos de abstinencia que los adultos cuando han intentado dejarlo (McNeill et al., 1986).

Dependencia a la nicotina y al tabaco

La nicotina es la sustancia del tabaco que produce la adicción (Departamento de Sanidad y Servicios Humanos de los EE.UU., 1988). Si el tabaco no contuviese nicotina la gente no lo fumaría, ni lo mascaría ni lo esnifaría. La mayoría de los consumidores de tabaco (al menos el 90%) absorbe suficiente nicotina como para obtener efectos farmacológicos y los niveles de nicotina en sangre venosa de un fumador regular son similares a los de un usuario regular que masca o esnifa (Russell et al., 1981; Holm et al., 1992). Pero la comparación acaba aquí.

El cigarrillo moderno es, con mucho, el mecanismo más efectivo para llevar la nicotina directamente al cerebro. El humo es suficientemente suave para poder ser inhalado profundamente hacia los pulmones, desde donde la nicotina es rápidamente absorbida para alcanzar el cerebro en unos siete segundos. Este proceso es más rápido que una inyección intravenosa, que requiere unos 14 segundos. Tomando como unidad de medida la calada se puede decir que la media de nicotina absorbida por cigarrillo es de 1 mg. (Benowitz & Jacob, 1984; Feyerabend, Ings & Russell, 1985). Si se toma en un promedio de 10 caladas, se está tomando el equivalente de una serie de 10 inyecciones intravenosas de 0,1 mg de nicotina. Cada calada produce una subida transitoria de los niveles de nicotina en sangre arterial hacia el cerebro que contiene una concentración de nicotina 3-4 veces más alto que el nivel existente entre calada y calada medido en sangre venosa después de la mezcla y la distribución parcial hacia los tejidos (Isaac & Rand, 1969; Rand, 1989).

Alterando la profundidad de la calada, el tamaño y el intervalo entre cada inhalación, inconscientemente, los fumadores regulan su consumo de nicotina a sus niveles preferidos individualmente y tienen entonces un pequeño control sobre el suministro de nicotina a su cerebro. Aunque los niveles de nicotina en sangre varíen mucho entre los fumadores, los niveles individuales de cada fumador suelen ser bastante perseverantes de un día para otro.

La nicotina tiene todas las propiedades clásicas de una droga adictiva. Es psicoactiva y tiene efectos que la gente encuentra gratificantes. Utilizando procedimientos estandarizados (en el Centro Nacional de Adicción de Baltimore, en los EE.UU.) bajo control médico, se ha podido constatar en humanos que la introducción de nicotina intravenosa provocaba necesidad de incrementar las dosis (Jasinski, Johnson & Henningfield, 1984). Cuando se fuma la dosis de nicotina tiene efectos estimulantes sobre la actividad eléctrica del cerebro. También tiene efectos calmantes, en particular en momentos de estrés, así como efectos sobre el sistema hormonal y otros sistemas vitales del organismo. Aunque sus efectos subjetivos sean placenteros, son menos dramáticos e evidentes que algunos de las otras drogas adictivas. En todo caso, fumar dosis de nicotina produce una activación de los centros del placer en el

cerebro (por ejemplo en el sistema mesolímbico dopaminérgico) que puede explicar el placer y el carácter adictivo del fumar (Grenhoff, Aston-Jones & Svensson, 1986).

La nicotina actúa como un refuerzo primario. Los animales aprenden a presionar una palanca para auto inyectársela en proporciones comparables a las de cocaína (Spealman & Goldberg, 1982). Produce tolerancia, y en situación de abstinencia, aparecen cambios tanto físicos como psicológicos. La exposición crónica a la nicotina produce un aumento del número de receptores colinérgicos de la nicotina en muchas partes del cerebro, indicando la presencia de cambios tanto estructurales como funcionales en el sistema nervioso central de los fumadores (Schwartz & Kellar, 1983; Benwell, Balfour & Anderson, 1988). Tales procesos pueden tener un importante papel en el desarrollo de la dependencia y la dificultad para dejar de fumar. Una forma de simplificar esas dificultades es suministrar nicotina desde una fuente alternativa que sea menos dañina.

Tratamiento de sustitución de la nicotina

Está claro que alguna forma de ayuda y de tratamiento es necesaria para mejorar el dejar de fumar. El término de sustitución se refiere al uso de nicotina pura para reemplazar lo que de otra manera sería obtenido por el uso del tabaco. Los chicles de nicotina fueron desarrollados en Suecia a principio de los años 70 como ayuda temporal para aliviar los síntomas de abstinencia y dar así facilidades a la gente que deja de fumar. Ha sido un gran progreso y ahora se utiliza en muchos países. La nicotina es absorbida lentamente por el revestimiento de la cavidad bucal, y los niveles de la sangre durante horas utilizan una parte proporcional alrededor de un tercio del nivel máximo alcanzado nada más fumar un cigarrillo.

La sustitución que ofrece el chicle de nicotina es solamente parcial, y proporciona una parte del placer que provoca el fumar. De cualquier modo, permite reducir de manera importante la severidad de los síntomas de abstinencia aunque no siempre los elimina. Pero aunque no siempre consigue eliminar los síntomas de la abstinencia, su capacidad para, al menos, mitigarlos, multiplicó por dos la tasa de éxito alcanzado por el chicle placebo o por los métodos conductuales por sí solos. Pero la cuestión de como conseguir un compromiso con el uso adecuado del chicle de nicotina, es un problema que limita su capacidad terapéutica como apoyo a la breve intervención en los cuidados ambulatorios de asistencia primaria (ver Jarvis & Russell (1989) como revisión).

En general, el porcentaje de éxito alcanzado por los individuos que dejan de fumar depende de la intensidad de la intervención. El asesoramiento y el apoyo intensivos, dados individualmente o en grupo, pueden alcanzar una tasa de éxito de alrededor de 15-20% de abstinencia al año siguiente. Con una consulta y un apoyo escaso, la tasa de éxito apenas sobrepasa el 5%. Los tratamientos conductuales, y otros que van desde la hipnosis y la acupuntura hasta la terapia de aversión y fármacos como los tranquilizantes, han fracasado demostrando no tener ningún efecto específico. Existen sugerencias que permiten pensar que la clonidina, los antidepresivos o ACTH pueden tener un valor potencial pero por el momento no hay datos al respecto.

Por el contrario, la administración de chicle de nicotina junto con un apoyo intensivo hace aumentar la tasa de éxito a un 30-40% (Jarvis & Russell, 1989). En opinión de un gran número de fumadores, los tratamientos intensivos con una tasa de éxito alta son indudablemente menos importantes que las intervenciones breves que pueden ser ampliamente aplicadas a muchos más fumadores. Una tasa de éxito de solamente un 10% en un centro de asistencia

primaria puede ser luego más útil que un 40% de éxito a través del tratamiento intensivo. Esa opinión fue expresada francamente, casi brutalmente, por parte de un conocido activista del movimiento de la lucha antibacaco que descartó el tratamiento intensivo para fumadores por ser “intervenciones triviales sin posibilidad de aplicación masiva” (Chapman, 1986).

¿Qué pasa ahora con los nuevos productos de sustitución? En más de media docena de estudios de corto plazo, los parches epidérmicos de nicotina han producido una reducción significativa del *craving* (ansia, anhelo) comparado con los placebos, así como mejores tasas de abandono. Por el momento sólo se ha publicado la información fidedigna sobre dos ensayos clínicos con la administración de un placebo para el grupo control y estudiando resultados a largo plazo. Como un apoyo a la terapia intensiva de grupo, las tasas de abstinencia continuada durante 6 meses fueron de 26% y de 12% para los parches activos y placebo, respectivamente (Transdermal Nicotine Study Group, 1991). Estos resultados no son mejores que los anteriores ensayos con los chicles de nicotina (Jarvis & Russell, 1989).

En otro estudio, en el que los parches epidérmicos fueron acompañados junto con un apoyo relativamente breve se obtuvieron resultados más alentadores: Las tasas de abstinencia continuada durante un año fueron de 17% y de 4% en los grupos experimental (al que se le dio el tratamiento) y el grupo placebo, respectivamente (Tonnesen et al., 1991). Si una tasa de éxito de incluso un 10% puede ser probada en las actuales ensayos de los parches epidérmicos con apoyo breve en asistencia primaria, eso nos daría una visión real para su aplicación a una escala suficiente que incremente el dejar de fumar a un nivel nacional. La ventaja potencial de los parches epidérmicos es su aparente simplicidad para alcanzar el compromiso de utilización. Se necesita poco tiempo para la instrucción, y las concentraciones terapéuticas de nicotina en la sangre pueden ser obtenidas desde el primer día de la abstinencia. A diferencia del chicle, no hay evidencia de ninguna tendencia a convertirse en adicto a los parches de nicotina, y resultan ser también útiles para la gente que está dejando otros productos de sustitución de la nicotina más adictivos.

Algunos fumadores pueden encontrarlo más útil por recibir la nicotina de manera más rápida.

El pulverizador nasal de nicotina puede jugar un papel importante para los fumadores más adictos para quienes el chicle y el parche epidérmico no son suficientes. Los vapores pulverizados e inhalados de nicotina requieren un más amplio desarrollo del producto antes de que su posible consumo generalizado pueda ser evaluado. Con cualquiera de los productos que sean utilizados, las tasas más altas de abstinencia permanente de fumar podrán probablemente ser alcanzadas ofreciendo nicotina de sustitución a más largo plazo a los fumadores que reinciden repetidamente después del tratamiento.

Cuanto más grande sea el éxito de los métodos de tratamiento para aumentar el abandono, menos importante será la necesidad de considerar las formas de reducción del riesgo en el fumar de manera activa. No obstante, mientras que el acto de fumar siga siendo extensamente corriente, es una de las intervenciones más importantes de la reducción de daños.

Reducir los riesgos cuando se fuma

Las estrategias para disminuir los riesgos del hábito de fumar son una parte importante del conjunto del programa para reducir las enfermedades asociadas con ese hábito. Al principio de los años 50, antes de que el daño provocado por el tabaco fuera ampliamente conocido, en

algunos países se introdujeron ciertos cambios en la elaboración de los cigarrillos. Estos comprendían la introducción de filtros en las boquillas y cambios en los métodos del tratamiento del tabaco. Como resultado, la cantidad de alquitrán de los cigarrillos fue reducida substancialmente y así, indirectamente, el poder cancerígeno del alquitrán también fue reducido. Los estudios epidemiológicos están viendo ahora que esos cambios en los cigarrillos, introducidos en los años 50, han reducido aproximadamente a la mitad el riesgo de cáncer de pulmón entre los fumadores (Peto, 1986). Es demasiado temprano para valorar el impacto adicional de los cigarrillos bajos en alquitrán con los filtros ventilados¹² introducidos al principio de los años 70.

Los principios de la reducción de daños fueron considerados con mayor especificidad en los primeros informes del Colegio Real de Físicos (RCP) en 1962 que recomendaban cigarrillos con filtros por ser más eficaces y el uso de tabacos modificados. El informe recomendaba también la adopción de “hábitos de fumar más sanos”, tales como dejar colillas más largas, y cambiar a “formas de fumar más sanas” como fumar en pipa o fumar puros (Colegio Real de Físicos, 1962). El segundo informe del RCP en 1971 estipuló pautas más específicas para los que seguían fumando, como por ejemplo : fumar menos cigarrillos, inhalar menos, fumar menos de cada cigarrillo, tomar menos bocanadas de cada cigarrillo, sacar el cigarrillo de la boca entre dos bocanadas y fumar marcas bajas en nicotina y en contenidos de alquitrán (Colegio Real de Físicos, 1971).

Muchos países tienen ahora programas para reducir el contenido de alquitrán y de nicotina de los cigarrillos pero estos, como de hecho la mayoría de las estrategias de reducción de daños, son debilitados por las necesidades de nicotina del fumador. Al encender una pipa o un puro, muchos fumadores siguen inhalando para mantener sus propias cantidades de nicotina, por lo que los riesgos que corre su salud no se ven reducidos. Los puros más pequeños y más suaves que son ahora fabricados por la Industria, son más fáciles de fumar y de tragar el humo al igual que con un cigarrillo y solamente cuando no se traga el humo de la pipa o del puro, el acto de fumar es menos dañino. Cuando los fumadores recortan el número de cigarrillos que fuman, tienden a compensar aspirando con más fuerza, inhalando más hondo, y fumando hasta dejar una colilla más corta.

Los programas con cigarrillos bajos en nicotina y en alquitrán encontraron problemas similares. El contenido en alquitrán y en nicotina de los cigarrillos es altamente correlativo (alrededor 0,9) y esas reducciones de ingesta de alquitrán están limitadas por la resistencia de los fumadores a tolerar reducciones similares en la nicotina (Wald & Frogatt, 1989; Phillips & Walter, 1991). Eso da pie a dos problemas. Uno de ellos es la progresiva pérdida de satisfacción y de aceptación por parte de los fumadores cuando los contenidos de nicotina se vuelven demasiado bajos. El otro problema es la tendencia por parte de los fumadores a debilitar los potenciales beneficios para la salud de un bajo contenido en los cigarrillos por aumentos compensatorios en aspirar e inhalar más profundamente y frecuentemente para intentar con ello mantener un nivel de ingesta de nicotina apropiado. Así, la lógica expectativa de que los fumadores que siguen fumando porque necesitan la nicotina fumarán cigarrillos más bajos en nicotina es cuestionable.

Los fumadores anteriores pasaron de encender muy fácilmente cigarrillos altos en alquitrán y sin filtros a otros con la mitad de alquitrán y con filtros, sin duda porque conseguían, a base de aumentar las caladas de cada cigarrillo, que el contenido medio de nicotina por

¹² N. del T.: Se refiere a filtros que llevan pequeñas perforaciones

cigarrillo siguiera muy por encima de 1 mg. Cuando el contenido en nicotina cae por debajo de 0.8 mg, la aceptación de los cigarrillos disminuye claramente. Desde la introducción en el mercado, hace más de 20 años, de marcas bajas en alquitrán (menos de 10 mg en alquitrán), la participación en el mercado de marcas con un contenido en nicotina de alrededor 0.6-0.8 mg ha quedado por debajo del 20%. Algunas marcas con un contenido extremadamente bajo (un contenido en alquitrán y en nicotina por debajo de 4 mg y 0.3 mg, respectivamente) también han estado disponibles, pero se ha comprobado que son casi imposibles de vender. Un cigarrillo más sano que nadie fume no nos sirve como objetivo. Entonces, es necesario volver al principio para desarrollar una estrategia más efectiva.

El humo del tabaco es una mezcla de gases y de pequeñas partículas hechas de agua, alquitrán y nicotina. El alquitrán es una mezcla enredada de centenares de sustancias químicas muy tóxicas, muchas de las cuales causan cáncer (por ejemplo, nitrosaminas, benzopireno). Muchos de los gases también son dañinos. Eso incluye el monóxido de carbono, óxidos de nitrógeno, amoníaco y otros tóxicos irritantes tales como el formaldehído. Debido a la alta temperatura (alrededor de 800 C) la punta encendida de un cigarrillo es como una fábrica química en miniatura. Eso produce muchas más sustancias químicas nocivas de las que, de hecho, se encuentran en un cigarrillo apagado o haciendouso del tabaco sin humo (por ejemplo, el rapé que no contiene ni alquitrán ni gases). En conjunto, en el humo del tabaco han sido identificados un total de más de 4.000 componentes químicos.

Para reducir los riesgos del hábito fumar, la estrategia más obvia es la de identificar los constituyentes que son dañinos para luego eliminarlos o reducirlos lo más posible sin perjudicar seriamente la aceptabilidad o provocando que se de el aumento compensatorio significativo de la inhalación mediante las estrategias antes mencionadas de inhalar más profundamente o más frecuentemente. El opuesto a esta estrategia debería servir para identificar el componente que genera la mayor fuente de placer y entonces eliminar aquellos que no son cruciales para la aceptabilidad. Dado que se sabe que la nicotina es claramente la única gran fuente de placer, sería lógico o bien cambiar el cigarrillo manteniendo su aporte en nicotina en un nivel adecuado, mientras que se reducen al máximo todos los otros componentes que son dañinos, o enfocarlo por la vía opuesta, es decir, hacer la sustitución de la nicotina tan sabrosa y aceptable como sea posible.

Las políticas sobre cigarrillos en el Reino Unido descansan ampliamente sobre informes regulares editados por el Comité de Científicos Independientes sobre Tabaco y Salud (ISCSH). Por lo que yo sé, es el único grupo consultivo de influencia que haya reconocido la importancia de mantener el suministro de nicotina a un nivel suficiente para satisfacer a los fumadores, mientras que poner el énfasis sobre la reducción de otros componentes más dañinos es menos crucial para la aceptabilidad y la satisfacción. Siguiendo las anteriores sugerencias (Russell, 1974; Russell, 1976), el ISCSH recomienda con precaución el desarrollo de los cigarrillos bajos en alquitrán con un contenido en nicotina ligeramente aumentado (alrededor de 1 mg) para satisfacer la aceptabilidad de los fumadores y reducir los aumentos compensatorios en la intensidad del fumar (Comité Científico Independiente sobre el Tabaco y la Salud, 1983). Desde entonces este Comité ha ido cada vez más lejos encargando el control de los contenidos de una variedad de componentes nocivos del humo en los cigarrillos del Reino Unido (incluyendo hidrocarburos aromáticos policíclicos carcinogénicos y las nitrosaminas específicas del tabaco) con el objetivo de reducirlos (ISCSH, 1988; Phillips & Waller, 1991).

En contraposición, después de que una compañía de tabaco americano haya gastado 300 millones de dólares para desarrollar un cigarrillo casi libre de alquitrán y mucho menos

dañino (R.J. Reynolds Tobacco Company, 1988), que fue un enorme progreso en la línea de lo que el Comité del Reino Unido persigue alcanzar, su venta en los EE.UU. fue bloqueada por tecnicismos burocráticos promovidos por una presión desencaminada por parte de los expertos en sanidad. De hecho, la Asociación Americana de Médicos, la Asociación por el Pulmón y el Corazón, La Sociedad Americana contra el Cáncer, y otros grupos han hablado en contra de este nuevo cigarrillo en una Audiencia especial ante un Subcomité de la Cámara Representativa (US House of Representatives, 1988). Finalmente, el producto fue etiquetado como una manera distinta de lanzar nicotina y los intentos de comercializarlo como un producto del tabaco han tenido que ser suspendidos. Mientras tanto, la compañía es libre de promocionar activamente sus cigarrillos convencionales más letales a unos 50 millones de americanos que todavía siguen fumando, y el Gobierno Americano sigue defendiendo los derechos de las compañías de tabaco americano de exportar cigarrillos a los países en vías de desarrollo.

Otro ejemplo de mala aplicación o de perjuicio contra los principios de la reducción de daños es el reciente cambio político de prohibir el consumo del tabaco sin humo en los países de la comunidad europea. Eso se aplicaría a países como Suecia donde el rapé es usado por alrededor de un 20% de los hombres, muchos de los cuales deberán encender un cigarrillo para fumar si se prohíbe esnifarlo. El uso del rapé es mucho menos dañino que el tabaco fumado. A parte de no presentar riesgos de enfermedades de pulmón, no existen evidencias hasta el momento de que el uso del tabaco sin humo aumente los riesgos de enfermedades cardiovasculares (Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los EE.UU., 1986). Sin duda, la incidencia de cáncer oral parece ser mucho más baja entre los Suecos que esnifan tabaco que entre los fumadores de tabaco de los EE.UU. Es bien sabido que los niveles de nitrosaminas carcinogénicas varían entre diferentes tipos de tabaco sin humo, pero no hay datos publicados para informar a los usuarios. Además, los políticos no parecen prestar mucho interés a tales asuntos.

Resumiendo un enfoque racional

Los programas para controlar el consumo de tabaco se han vuelto cada vez más intensivos, comprensivos y mejor coordinados a través de los años. La evidencia, desde el principio de los años 80, de que el fumar pasivamente es dañino para los no fumadores, ha justificado unas restricciones más estrictas en cuanto al derecho de fumar en lugares públicos. Algunos países dotados de programas bien desarrollados han apreciado una disminución de la tendencia a fumar, con un promedio de alrededor de 1% por año, mientras tanto, en otros, la tendencia es menos alta de lo que debería haber sido. Todo eso es un logro substancial que ha salvado muchas vidas, pero no es suficiente. Pero, en todo caso, esto proporciona un marco sólido dentro del que se podrían integrar nuevas estrategias.

En relación a los cuatro enfoques principales para reducir las enfermedades asociadas al tabaco, se argumentó que el uso de medidas educacionales y restrictivas por sí solas es insuficiente, sin embargo estas podrían ser intensificadas. Esto es debido simplemente a las propiedades adictivas del uso del tabaco. Se supone que el porcentaje a nivel nacional de abandono del hábito de fumar podría ser aumentado por el extendido uso de nuevos productos de sustitución de la nicotina añadidos al tratamiento de los fumadores adictos. La reducción en el predominio del hábito de fumar de los adultos se transformaría en ayuda para reducir el inicio en el hábito entre sus hijos, para lo cual no se han podido demostrar otras medidas más

efectivas. La reducción de la prevalencia del hábito contribuirá también a reducir la exposición pasiva entre los no fumadores. Todo esto sería un gran logro y, sin duda, será alcanzado por el uso más conservador de los productos de sustitución de la nicotina, por ejemplo, su uso como ayuda temporal para dejar de fumar. La aceptación de un uso de esa índole requiere un pequeño cambio en las actitudes y la comprensión de los políticos.

Más contencioso y difícil de aceptar para las autoridades sanitarias (aunque no para los fumadores) es la noción de sustitución de la nicotina a largo plazo e incluso de manera definitiva para los fumadores que, de otra manera, volverían a fumar. De hecho, es una ampliación lógica de los actuales programas de cigarrillo bajo en alquitrán para reducir los riesgos del hábito activo de fumar. Se podrían salvar muchas vidas si todos los fumadores, y no solamente un mero 20% de entre ellos, pudiese ser persuadido de encender cigarrillos bajos en alquitrán. Ojalá la mayoría de nuestros expertos en salud y de nuestros políticos pudiesen percibir eso como una fase importante en la reducción de daños. En ese mismo sentido, una fase aún más importante sería llegar a tener consumidores de productos puros de nicotina. Aunque la lógica de esa fase esté clara, su novedad y simplicidad no garantiza una aceptación inmediata por parte de los que no han planteado ese tema con anterioridad.

Aunque parezca evidente en sí que la nicotina sola es menos dañina que la nicotina añadida al alquitrán y añadida a unos gases nocivos, algunos políticos sopesan indebidamente el daño potencial de la nicotina en sí. No consiguen tranquilizarse del todo por el hecho de que la nicotina no tiene ningún papel en los cánceres asociados al hábito de fumar o en las enfermedades crónicas de obstrucción de pulmón que entre ambos suman casi el 50% de las muertes asociadas al hábito de fumar. No consiguen tranquilizarse de que el riesgo de enfermedades cardiovasculares se reduciría por la eliminación de monóxido de carbono. La nicotina indudablemente provoca algunos riesgos cardiovasculares a los que ya han tenido alguna enfermedad de corazón, pero el riesgo es patente sólo cuando es absorbida rápidamente por inhalación lo que sería aplicable solamente a los inhaladores de nicotina y posiblemente también a los pulverizadores nasales. En ningún caso, esos riesgos están contrarrestados por los bloqueadores adrenérgicos, que ya son administrados de manera rutinaria a la gente con enfermedades cardiovasculares. Expertos más competentes que yo descartan los riesgos cardiovasculares argumentando que “el que la nicotina juegue un papel en la causa de las enfermedades cardiovasculares tiene sus partidarios, pero la evidencia no es convincente” (Frogatt & Wald, 1989).

Entre las sustancias adictivas más comúnmente usadas, la seguridad de la nicotina en sí debería aparecer entre el alcohol y la cafeína, y probablemente mucho más cerca de la cafeína. Eso podría parecer un cambio razonable por los riesgos del tabaco. Posiblemente el uso del tabaco pudiera ser eliminado más rápidamente y de forma más completa si es sustituido por productos de nicotina pura. Desde mi punto de vista se deberán aportar unas causas serias para permitir seleccionar los productos de nicotina que se deben hacer tan sabrosos y aceptables como sea posible y activamente promocionados en los mercados abiertos. Desgraciadamente, deben probar que son suficientemente agradables y sabrosos para poder competir con el tabaco sin el aval de las autoridades sanitarias y estar gravados con tasas ventajosas para darles un aspecto competitivo. Sin duda, más adelante, si se dispusiera de un producto alternativo, se podrían aplicar gravámenes y restricciones más severas sobre el tabaco.

Eso no quiere decir que sugerimos que el uso de la nicotina sea presentado como algo bueno, pero más bien como algo mucho menos dañino que el tabaco. El mensaje del

movimiento antitabaco resulta claro y sencillo. Hay una sola lucha y es contra el tabaco y las enfermedades asociadas al tabaco. Sin duda, el mensaje será probablemente escuchado si los que lo necesitan pueden escoger una fuente de nicotina substituta. Posteriormente, y si para entonces está probado que la nicotina puede plantear un inaceptable problema a la salud, la batalla puede desplazarse para evitar un exceso de la misma.

Los que piensen que tal estrategia es demasiado extrema deberían acordarse de que Peto pronosticó unos 10 millones de muertos en el mundo hacia el 2020 y que las tendencias actuales muestran que esa predicción es realista. No habrá manera de impedirlos continuando con las estrategias actuales. La estrategia sugerida de sustitución de la nicotina no es una estrategia alternativa, sino una que funcionaría por sí sola. Por el contrario, se argumenta que su integración entre los distintos componentes de los programas racionales de control del uso del tabaco debería ser recíprocamente mejorada. Tanto es así que la virtual eliminación del tabaco debería llegar a ser la meta realista del futuro.

CAPÍTULO 14

APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE LA REDUCCIÓN DE DAÑO PARA TRATAR LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR EL ALCOHOL

NICK HEATHER

Se ha dicho que el concepto de reducción de daños fue inventado simultáneamente en Merseyside y en Ámsterdam en 1986. Como alguien que ha consagrado su carrera a la investigación y al tratamiento de los problemas derivados del alcohol, lo encuentro maravilloso, asombroso. Puede ser verdad que el aumento significativo de las reflexiones sobre el tema y la respuesta a los problemas derivados del consumo de drogas ilegales y de la infección por VIH se desarrollaran en Liverpool y en Ámsterdam casi al mismo tiempo. Pero identificar eso con los orígenes de la reducción de daños en relación al uso de drogas en general es ignorar la larga historia del concepto en el campo de las adicciones y en particular en el terreno de los problemas causados por el alcohol.

Otro objetivo secundario de este capítulo es vincular la reducción de daños como un aspecto importante del tratamiento de los problemas causados por el alcohol, lo que nos remite a los primeros intentos de evaluación de los tratamientos, poco después de la II Guerra Mundial. El término no fue tal vez explícitamente reconocido en ese momento, pero está claro que muchos de los beneficios obtenidos a través del tratamiento coincidieron con lo que ahora sería definido como reducción de daños.

Según mi memoria, a finales de los años 70, el término era formalmente utilizado para describir algunos de los objetivos y ventajas que se esperaban del tratamiento de los problemas causados por el alcohol. Recientemente, sin embargo, ha habido una amnesia en relación a los progresos del pasado que reconocían la importancia de los principios de la reducción de daños en el tratamiento de los problemas causados por el alcohol, una amnesia que es particularmente evidente en la investigación y en la práctica en los EE.UU. (y eso, como sabemos, tiene una influencia considerable en todo el mundo). Daré ejemplos de esa amnesia y especularé sobre sus orígenes y funciones.

Además, dado que el significado del término “reducción de daños” en el campo de los problemas causados por el alcohol se ha vuelto últimamente algo confuso, el objetivo esencial de este capítulo es clarificar los usos de este término.

He podido identificar cuatro aplicaciones de los principios de la reducción de daños aplicados al tratamiento de los problemas causados por el alcohol, que utilizaré para estructurar esta discusión.

“Sigue bebiendo pero ha mejorado”

El primer uso del término reducción de daños es el más obvio. Se refiere a la situación de aquellos estado de los clientes que siguen bebiendo y que presentan problemas asociados al consumo de alcohol después del tratamiento, pero a unos niveles de consumo y de problemas asociados más bajos que antes de comenzar el tratamiento.

Una categoría que describe tales clientes puede ser encontrada en los resultados del primer estudio científico sobre el tratamiento dirigido hacia la total abstinencia. En una de las mejores revisiones sobre los resultados de los tratamientos, Emrick (1974) examinó los resultados de los estudios publicados en la literatura científica entre los años 1951 y 1971.

Señaló que la mayoría de los estudios señalaban tasas de “mejoría global” para referirse a los clientes que eran totalmente abstemios o que habían disminuido sus niveles de bebida o de problemas relacionados con el alcohol. En muchos casos, tanto por la información directa como por la obtenida a través de terceros, es posible calcular la proporción de clientes de los que se puede decir que “siguen bebiendo pero han mejorado” en comparación con su estatus previo al tratamiento.

Esta práctica generalizada era tan común para presentar el informe de los resultados que indujo la “regla de los tercios”, en la cual cabía esperar que una tercera parte de los clientes tratados podría alcanzar la abstinencia, otra tercera parte seguiría bebiendo pero habiendo mejorado mucho y que la tercera parte restante no registraría mejoría alguna, unas proporciones que Emrick (1974) fue capaz de confirmar con vehemencia a partir de su revisión literaria. Sin embargo, la proporción de los que lograron mantener la abstinencia después del tratamiento, es decir, los que alcanzaron el objetivo casi universal del tratamiento -que es la “abstinencia total y definitiva”-, es mucho menor a un tercio.

Un segundo artículo de Emrick (1975), que parte de la misma revisión literaria, escandalizó a la comunidad antialcohólica por su conclusión, según la cual los alcohólicos que habían recibido un tratamiento no lo pasaban mejor que aquellos que no lo habían recibido. Esa conclusión, combinada con la comparación clásica de Orford & Edwards (1977) de tratamiento frente a la intervención breve, en la cual no se podía demostrar beneficios antes de uno o dos años de seguimiento, llevó a un profundo pesimismo sobre la eficacia de cualquier tipo de tratamiento para los problemas causados por el alcohol. En todo caso, lo que a veces se olvida es que la conclusión de Emrick sólo se aplica si el criterio de lo que es un tratamiento exitoso es la abstinencia. El resumen del artículo de Emrick (1975) dice lo siguiente:

“La revisión realizada en 384 estudios sobre el tratamiento del alcoholismo con orientación psicológica, demuestra que las tasas de abstinencia no eran diferentes entre los alcohólicos en tratamiento y los que no lo estaban, pero que hay más alcohólicos en tratamiento que lo consiguen en relación a aquellos que no son tratados, lo cual sugiere que, para un alcohólico, el tratamiento formal aumenta las posibilidades de reducir los problemas asociados al consumo de alcohol.”

(Emrick, 1975, p. 88)

Una limitación obvia de las conclusiones de Emrick es que los grupos tratados y no tratados que él comparó no fueron asignados al azar y por consiguiente podían existir diferencias relativas a variables desconocidas, relacionadas con los resultados. En todo caso, un estudio posterior de Chick et al., (1988) en Edimburgo, empleando una asignación al azar llegó, esencialmente, a la misma conclusión. Chick y sus colegas deseaban repetir el estudio Maudsley (Orford & Edward, 1977): tratamiento frente a intervención breve. Incluyeron en su muestra a mujeres y personas solteras de bajo estrato social. Asignaron al azar a 152 pacientes pertenecientes a una clínica de tratamiento de los problemas del alcohol hacia una intervención breve o un tratamiento prolongado en la clínica. Dos años después, el grupo al que se le ofreció un tratamiento prolongado funcionaba mejor, es decir, durante el año anterior al de la entrevista de seguimiento realizada independientemente acumularon menos daños debido a su adicción a la bebida que aquellos que fueron tratados con intervención breve (p. 159). No se detectaron diferencias entre las tasas de abstinencia de los grupos o en las tasas de los de bebidas no dañinas.

Otro estudio a partir del cual se han obtenido conclusiones similares es el que se refiere al tratamiento con disulfiram. Se trata de un estudio multicéntrico llevado a cabo por Fuller et al. (1986), seguramente una de las evaluaciones más cuidadosamente llevadas sobre el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol, nunca relatados hasta entonces. A los 12 meses, los clientes a quienes se había dado disulfiram activo no presentaban tasas de abstinencia superiores que los grupos de control, pero había un grupo de relativa estabilidad, unos hombres de mediana edad a quienes se había dado disulfiram que bebieron menos días durante el periodo siguiente que los sujetos del grupo control. Esta diferencia llevó a Tennant (1986) a discutir la propia interpretación negativa del autor sobre sus hallazgos.

Los resultados provenientes de las experiencias controladas y cuidadosamente llevadas a cabo, combinadas con las conclusiones de Emrick (1975), sugieren que el tratamiento convencional continuado de los problemas causados por el alcohol no puede ser justificado en términos de tasas de abstinencia total, sí no sólo por mejorías del estado de los que siguen bebiendo estando en tratamiento. Desde un punto de partida diferente, Gottheil et al. (1982) llegaron a la misma conclusión con su estudio sobre el programa de tratamiento ofrecido a los clientes del Hospital Administrativo de los Veteranos. Estos autores compararon también sus propios resultados en un programa que no requería la abstinencia total con los de los programas de abstinencia estudiados en el primer Informe Rand (Armor, Polich & Stambul, 1978) y en Oklahoma por Paredes, Gregory et al. (1979). La categoría de “bebedores moderados” incluye aquí tanto los que han bebido a niveles bajos durante un periodo de seis meses seguidos y aquellos que se han abstenido de beber durante un mes, pero que han bebido mucho en algunas ocasiones durante cinco meses. Los autores resumieron sus hallazgos de la siguiente manera :

Si la definición de éxito en la remisión del consumo está reservada a la abstinencia, los centros de tratamiento no pueden ser considerados como eficaces y, lógicamente serían difíciles de justificar desde un adecuado estudio sobre su coste y beneficios.

Si se evalúa la mejoría desde perspectivas que pretenden incluir sujetos con niveles moderados de consumo, los resultados son mejores pasando a un respetable 53% o 67%.

(Gottheil et al., 1982, p. 564)

Otros seguimientos bien conocidos sobre individuos tratados han presentado unas tasas de abstinencia permanente muy bajas durante el periodo siguiente al tratamiento. Por ejemplo, el segundo Informe Rand (Polich, Armor Braikers, 1980) reveló que tan sólo el 7% de los clientes de los centros de tratamientos de la Fundación-NIAAA fueron abstemios de forma permanente a lo largo de los cuatro años siguientes. En el estudio Maudsley (Orford & Edward, 1977), el 4% de los contactados para un tratamiento de dos años de duración o de consulta breve no bebieron nada desde que se despidieron. Rychtarik et al. (1987) encontró que sólo el 4% de los individuos tratados se abstuvieron completamente durante un periodo de 5 años seguidos. De nuevo deducimos que los tratamientos de los problemas causados por el alcohol no pueden ser justificados por el nivel de consecución de lo que es casi siempre su meta establecida: la completa y permanente abstinencia de alcohol después del tratamiento.

Dada esta evidencia, es de lo más curioso notar una tendencia moderna en la investigación de los resultados que ignora las distinciones que existen entre los que siguen bebiendo después del tratamiento –la tendencia es a incluir a dichos bebedores en una única y

pobre categoría de resultados—. El ejemplo más destacado de esta tendencia viene dado por un importante estudio escrito por Helzer et al. (1985) en el cual todos los que no han presentado ningún problema asociado al alcohol durante un periodo de tres años (el 66,5% del total de la muestra) eran simplemente agrupados juntos bajo el título “alcohólicos que siguen bebiendo”. El tipo de problemas experimentados dentro de ese grupo puede ir desde el llegar tarde al trabajo a causa de la resaca en una sola ocasión en tres años hasta la casi completa destrucción de la salud, de la vida familiar y de las perspectivas laborales, pero los autores no dieron información más detallada sobre la manera de beber, o sobre la naturaleza y la amplitud de los problemas experimentados por esos clientes. Este método poco formal de presentar los resultados de los tratamientos parece reflejar una tendencia regresiva en la investigación americana a contemplar cualquier consumo de alcohol como indicio de un proceso continuo de enfermedad, lo cual hace no prestar interés alguno a las variaciones en el comportamiento del bebedor.

Un criterio más amplio para juzgar los resultados del tratamiento

El segundo uso del término de reducción de daños se asemeja al primero en que este también considera que considerar la abstinencia total de alcohol como único criterio de éxito del tratamiento es engañoso e inútil. Aquí, sin embargo, se pone énfasis en la importancia de las variables del no beber reflejando unos aspectos más amplios del ajuste general para juzgar los efectos del tratamiento.

La interpretación de la reducción de daños en ese sentido empieza con la proposición de que el objetivo final del tratamiento no es la abstinencia total ni la sustitución con bebidas no dañinas sino, meramente, una mejoría en la calidad de vida del cliente en su conjunto. Desde este punto de vista, el comportamiento del cliente que sigue bebiendo no es en sí mismo el problema que debe ser resuelto con el tratamiento sino simplemente una de las causas que contribuyen a la ampliación de los problemas cotidianos. De la misma manera, la modificación del comportamiento del bebedor es meramente un medio o recurso para alcanzar el objetivo de mayor bienestar del cliente y de satisfacción de la vida.

Durante los últimos años de la década de los 60 y en los años 70, se hicieron considerables progresos para explicar el enfoque de la reducción de daños, particularmente con los trabajos de E. Mansell Pattison. Éste presentó unas críticas conceptuales del tratamiento del alcoholismo, haciendo una especial referencia a la abstinencia, (1966-1968). Reunió una gran cantidad de pruebas disponibles en aquel momento tanto para demostrar que la abstinencia total no se asocia necesariamente, bajo ningún concepto, con unas mejorías en otros aspectos del funcionamiento y que los que seguían bebiendo a menudo estaban relacionados con tales mejorías. Entre las conclusiones de Pattison (1966) se encuentran las siguientes:

1. Los progresos en la manera de beber y en la adaptación social, laboral y psicológica están en relación pero no son paralelos. En muchos casos el objetivo terapéutico mas asequible será inferior a la rehabilitación total.
2. La abstinencia como criterio de éxito en el tratamiento es una exageración. Es una prescripción que debería ser utilizada juiciosamente.
3. La abstinencia como criterio de éxito en el tratamiento es engañosa. Puede ser mantenida tal vez a costa de un buen funcionamiento general de la vida cotidiana, como en

algunos abstemios de Alcohólicos Anónimos. La abstinencia también puede ser seguida por una deterioración de la personalidad.

La cuestión del criterio para que un tratamiento sea considerado con éxito ha sido también planteada por Belasco (1971). Este autor elaboró un índice del “conjunto de adquisiciones y funcionamiento general en la vida” entre los clientes que siguieron un tratamiento residencial que incluyó entre sus objetivos el conseguir la “sobriedad” (no necesariamente abstinencia), aumentar las ocupaciones y mejorar la “ecología” (cuidar de la casa y estatus matrimonial). Comparó ese índice con una medida del comportamiento patológico del alcoholismo derivado del grado de éxito en la afiliación a Alcohólicos Anónimos y encontró solamente una baja correlación entre esas dos variables, con discrepancias en ambas direcciones. Belasco concluyó rápidamente: “A causa de la visibilidad de lo que relaciona el comportamiento patológico (beber) y el pobre funcionamiento... muchos investigadores han asumido lo contrario a este tipo de relaciones también como verdadero. Nuestra demostración plantea dudas sobre esa suposición” (p. 42).

Pattison volvió a los problemas ya explorados en sus primeros artículos, tres de ellos publicados en 1976 (Pattison 1976 a,b,c). Por aquel entonces, era más definido y preciso en sus recomendaciones:

Los recientes avances sobre los conceptos del tratamiento del alcoholismo requieren una clarificación y revisión de las metas u objetivos del tratamiento. Las metas del tratamiento se separan en cinco grandes áreas de una Vida Saludable: Beber de forma saludable, Salud emocional, Salud interpersonal, Salud laboral y Salud física. La variable Beber de forma saludable está desglosada además en otras cinco categorías posibles: Abstinencia, Beber social, Beber atenuado, Beber controlado, y Beber normal.

(Pattison, 1967 a, p. 177).

Pattison (1976a) apunta que la importancia de las metas antes citadas puede variar según las necesidades de la población específica de bebedores con problemas en cuestión. Por ejemplo, las metas importantes para un grupo de alcohólicos con un nivel de funcionamiento general muy pobre serán diferentes a las de un grupo identificado a través de un Programa de Asistencia a Empleados, donde se pueden identificar de antemano niveles altos de adaptación social, interpersonal y laboral. Tales distinciones, evidentemente, se ignoran bajo un régimen de total y absoluta abstinencia en el que se considera a ésta el único objetivo del tratamiento que vale la pena.

Entre las diferentes metas identificadas por Pattison en el modo de beber, el de “bebedor atenuado” es la más pertinente para la presente propuesta. En contraste con el consumo de alcohol completamente libre de daños, sugerido por el concepto de “beber controlado”, el beber atenuado implica la tolerancia de la continuidad de algunos problemas asociados al consumo de alcohol pero menos duros que los anteriores al tratamiento.

Si hay un motivo para creer que un individuo nunca podrá llegar seriamente a la abstinencia, si ha fallado varias veces para alcanzarla en anteriores tratamientos, o si está demostrado que las circunstancias de su vida son tales que una meta de abstinencia total o de control estricto del consumo de alcohol no podría, casi con total certeza, ser alcanzada, un grado limitado pero válido de mejoría debería ser más bien la elección deliberada de la meta del tratamiento.

Una de las razones de la baja correlación existente entre el estatus de bebedor y el funcionamiento general después del tratamiento es el hecho de que el alcohólico extremo presenta importantes disfunciones en su estilo de vida lo que disminuye la posibilidad de mejoras en su capacidad de adaptación incluso cuando está sobrio. También hay personas que tienen pocos incentivos para esforzarse en llegar a la abstinencia total puesto que eso sería percibido como algo que marca poca diferencia en el conjunto de su calidad de vida. Eso se añade a los firmes argumentos dados con anterioridad en el tratamiento sobre los beneficios relativamente modestos en el estatus social, interpersonal, laboral y físico en relación con los cambios radicales en el comportamiento del bebedor. (Se podría añadir aquí que la simple atención médica sin insistir con consejos sobre el alcohol que acompañen o sigan al proceso de desintoxicación, para los individuos que no quieren y en los que es más que improbable que reduzcan su fuerte nivel de alcoholismo, es el ejemplo más directo de reducción de daños que se encuentra en la práctica en el campo de los problemas causados por el alcohol).

A pesar de la lógica del análisis de Pattison, no hay pruebas de que su defensa del abordaje amplio de los tratamientos de los problemas causados por el alcohol haya sido considerada. De hecho ha sucedido lo contrario: desde que empezó a escribir ha habido una tendencia a estrechar, más que ampliar, las definiciones sobre los resultados de los tratamientos.

Eso también está ilustrado en el artículo escrito por Helzer et al. (1985) donde no se mencionan, en absoluto, otras dimensiones de mejoría distintas de las del comportamiento de bebedor y problemas asociados al alcohol. En cuanto a la sugerencia de que el tratamiento debería ir explícitamente dirigido hacia los bebedores atenuados, es como si esa sugerencia nunca hubiera sido hecha. Por lo que conozco, una investigación no publicada ha relatado los resultados de tal iniciativa y un programa de tratamiento ha hecho del beber atenuado una parte formal de sus objetivos. Es probable que, en el ambiente actual del tratamiento de los problemas causados por el alcohol en los EE.UU., cualquiera que propusiera la posibilidad de que un objetivo del tratamiento pudiera aceptar algún nivel de deterioro asociado a la continuidad del alcohol se arriesgaría al ostracismo profesional y a ser excluido del conjunto de investigadores que recibe el apoyo del gobierno por sus trabajos. Otra vez, las razones que justifican este estado de cosas serán debatidas más adelante.

Modo de beber “no dañino” o controlado

El término de reducción de daños, de hecho, debería ser visto como una contradicción por lo que se refiere al “beber controladamente” (ya sea este como una categoría de resultado después de un tratamiento orientado hacia la abstinencia o bien como meta de tratamiento en sí), puesto que, en ambos casos, se ha conseguido la completa eliminación del daño asociado al consumo de alcohol. De manera más pretenciosa, se podría argumentar que esta es la reducción de daños en su forma más extrema, lo que se podría aplicar, evidentemente, a la abstinencia total.

Sin embargo, la principal razón para incluir este sentido de la reducción de daños aquí es que, de hecho, es lo que mucha gente piensa cuando aplican la idea de reducción de daños al campo de los problemas causados por el alcohol. Eso es probablemente por la analogía con otras drogas psicoactivas, tales como los opiáceos, donde el uso continuado o la dependencia a la sustancia, pero sin daño, es un sentido corriente del significado de la reducción de daños. En todo caso, se podría argumentar que, al menos en el dominio del alcohol, el empleo del

término no es particularmente útil después de que un sentido más radical e innovador de la reducción de daños da a entender la expresión de algunas áreas de continuidad del deterioro.

Sería inadecuado intentar resumir aquí la última evidencia sobre el resultado de la bebida controlada o sobre los obstáculos para su empleo en el tratamiento. La cuestión es que uno de los desafortunados legados del más sarcástico debate sobre el consumo controlado de alcohol es que se ha retrasado el progreso que se estaba haciendo en el reconocimiento de la importancia de los conceptos de la reducción de daños en relación con el tratamiento de los problemas causados por el alcohol. Particularmente como resultado del furor que siguió a la publicación de los Informes Rand y de las acusaciones de fraude dirigidas contra Sobells y Sobells, autores e investigadores de este campo, en particular en los EE.UU., parecen haber llegado a tener miedo de asociarse públicamente con cualquier tratamiento cuya meta no sea la abstinencia (Peele, 1992). Además, los investigadores se han vuelto mucho menos deseosos de examinar informes de resultados para descubrir si las mejorías, tanto en el nivel del modo de beber, dureza de los problemas asociados al alcohol como en los índices de ajustes más globales, han ocurrido entre los que siguen bebiendo después del tratamiento orientado hacia la abstinencia.

La cuestión es simplemente que retroceder en la defensa de la práctica del beber controlado, incluso para grupos circunscritos de bebedores con problemas, ha tenido también el efecto de lanzamiento de los avances conceptuales formulados durante los años 70 con relación a un tipo de tratamiento más abierto, más realista y, sin duda, desde un punto de vista más humano.

Los psicólogos conductistas responsables del desarrollo de métodos de tratamiento de la bebida controlada, en cierto sentido, han conspirado con esas tendencias. Por sentirse forzados a ir a la defensiva en relación con los resultados del beber controlado, han empleado su práctica en métodos cuantitativos para volverse casi obsesivamente preocupados por los mínimos detalles del comportamiento del bebedor con la intención de probar una manera perfecta de beber. Esto se hizo a expensas de cualquier concepción que fuera más allá de los resultados o de las metas de tratamiento, tales como los descritos en los artículos de Pattison (Peele, 1987).

Existen, sin ninguna duda, otros factores que contribuyeron a llegar a esta situación. El enorme crecimiento, durante los años 80, de los tratamientos privados y lucrativos en los EE.UU., que también tiene sus vástagos en otras partes del mundo, se basaba esencialmente sobre la comercialización del principio de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. Eso, unido al crecimiento del fundamentalismo en la sociedad americana y a unas actitudes más negativas hacia el alcohol en general (Room, 1987), ha dado una nueva hegemonía a la abstinencia total en las actitudes y respuestas a los problemas causados por el alcohol en el grado de severidad que sea.

La reducción de daños desde la perspectiva social

Este último uso del término reducción de daños se refiere a una reducción por medio de las intervenciones en la comunidad en general respecto al número total de problemas causados por el alcohol en una sociedad dada. Hemos visto que la controversia del beber controlado ha sido, en algún sentido, un impedimento para intentar desarrollar el enfoque de la reducción de daños en los problemas causados por el alcohol. Pero en este último sentido de la reducción de daños, no hay duda de que la emergencia de la meta del beber controlado y su

relación con los métodos de cambio comportamental han contribuido a crear una oportunidad para efectuar una reducción de gran alcance de los problemas causados por el alcohol en la sociedad.

En lo que ya es reconocido como uno de los clásicos documentos de nuestros tiempos, Kreitman (1986) describía “La paradoja preventiva”. Eso pone de manifiesto que, a causa de la distribución del consumo de alcohol en la comunidad en general, los ahorros en los daños causados por el alcohol que podrían conseguirse si se persuadiese a todos los bebedores fuertes de reducir su consumo por debajo de los niveles prescritos por los médicos serían menos que los que se lograrían si se redujera el daño asociado a problemas con el alcohol entre todos los bebedores, incluyendo los bebedores moderados y leves.

La lógica de esa posición tiene un equivalente en el campo del tratamiento, que se podría llamar “el tratamiento paradójico” o, por lo menos, “la intervención paradójica”. Esto pone de manifiesto que, por ser mucho más numerosos en la comunidad, intervenir para reducir los problemas de los bebedores con niveles de dependencia al alcohol bajos, sería mucho más efectivo que concentrarse en el relativamente pequeño número de “alcohólicos” con alta dependencia. En términos prácticos, no se está sugiriendo que los que muestran un alto nivel de dependencia y múltiples problemas deberían ser ignorados si no solamente que el foco de las intervenciones debería ser ampliado para acoger a un número más grande de personas que pueden tener menos problemas a nivel individual pero que contribuyen a un mayor grado de daño total asociado al alcohol en la comunidad en general. La concentración exclusiva sobre los “alcohólicos” ha dejado intacto el gran volumen de daño causado por el alcohol en términos, por ejemplo, de salud, de bienestar social, de orden público y de eficacia económica. Ese es el sentido en el que los profesionales de este campo están empleando frecuentemente en la actualidad el término de “reducción de daños”.

En la actualidad y desde hace algún tiempo, en el Reino Unido y en Australia, el interés por este enfoque ha ido cobrando fuerzas. Más recientemente, tal y como lo demuestra una publicación del Instituto de Medicina (1990) titulado “Ampliando las bases del tratamiento de los problemas causados por el alcohol”, los EE.UU. también han ido dando muestras de interés. Las intervenciones en cuestión son típicamente breves en duración, baratas en el gasto de tiempo de los profesionales o para-profesionales y utilizan a menudo unas versiones abreviadas de métodos de cambio cognitivo-conductual, exploradas por psicólogos, tales como el entrenamiento en auto-control, la prevención de las recaídas y la entrevista motivacional (Heather, 1989 a). Las intervenciones son a menudo “oportunistas” en lo que refiere al hecho de que se aprovechan de la ocasión para analizar e intervenir en el consumo de alcohol arriesgado o dañino en casos donde el presunto cliente ha acudido a una agencia por cualquier otro motivo diferente a los problemas asociados al consumo de alcohol. Hasta el momento, los informes de este tipo de métodos han sido estrictamente reservados al ámbito médico pero, en principio, no hay motivos para que no puedan ser aplicados también en ámbitos educativos, sociales, laborales y en el marco de la aplicación de la ley.

Es preciso poner el énfasis en que tales intervenciones breves no se deberían pensar simplemente en términos de intervención temprana o de “prevención secundaria”. La prevención de problemas más serios o de niveles de dependencia más duros desde el principio puede, sin duda, ser un beneficio importante de tales intervenciones pero están más bien justificadas por una llamada hacia una ampliación del radio de acción de las intervenciones con relación al alcohol. Sabemos, por ejemplo, que muchos de los bebedores excesivos que son el blanco de las intervenciones breves no acabarán desarrollando problemas más serios

(Cahalan, 1970; Cahalan & Room, 1974; Fillmore, 1974; Fillmore et al., 1991). Como lo sostuve en alguna parte (Heather, 1989 b), lo racional de las intervenciones breves para la comunidad es que van directamente a los problemas, no meramente a los precursores de futuros problemas.

Hasta la fecha, las pruebas, incluyendo los resultados de un ensayo transcultural de la OMS sobre las intervenciones breves (Babor & Grant, 1992) apoyan la idea de que este enfoque es efectivo para reducir los problemas asociados al alcohol en la comunidad en general. Pero, huelga decirlo, aún queda mucho trabajo por hacer, incluyendo el desarrollo de mejores técnicas de estudio / análisis, mejoras en los métodos de cambio comportamentales, hallar explicaciones sobre el porqué algunos individuos fracasan en su respuesta a las intervenciones breves, el emparejamiento de los tipos de métodos de cambio con las características individuales de los bebedores excesivos y el descubrimiento de caminos para ayudar a los profesionales a interesarse más por la aplicación y el mantenimiento de tales intervenciones en su trabajo. Lo que es más importante, todavía no tenemos pruebas convincentes de que la aplicación de las intervenciones breves a amplia escala llevase a mejorías permanentes en la salud y en el bienestar públicos.

Implicaciones a nivel práctico

¿Cuáles son las implicaciones de los argumentos desarrollados en este capítulo para la práctica en este campo? Hemos revisado pruebas de que este tratamiento para los problemas causados por el alcohol puede ser justificado solamente si se toman en cuenta aquellos que siguen bebiendo después del tratamiento. Además, hay pruebas de que la abstinencia total después del tratamiento no siempre está asociada a una mejora de aquellos aspectos de la vida no afectados por el alcohol y que seguir bebiendo las trae a menudo. Entonces, ¿cuáles son las consecuencias de dicha evidencia para la negociación de los objetivos del tratamiento de aquellos que tienen problemas relativamente más serios?

No quiero que se me interprete como defensor de que todos aquellos que acuden a un tratamiento por tener problemas causados por el alcohol deberían ser invitados a continuar bebiendo o ser orientados hacia una meta de “bebida controlada”. Para quien prefiera no beber o para quien toda bebida está contraindicada desde el punto de vista médico, con toda evidencia la abstinencia sería su regla. Por otra parte, desde que está del todo claro que la mayoría de los clientes beberán de hecho hasta cierto nivel, después del tratamiento, parece razonable proponer que se ponga más atención en tratamientos que proporcionen estrategias gracias a las cuales el beber podría quedar bajo control y no llevar a consecuencias destructivas, y alentar un incremento de la confianza entre los clientes en que este tipo de resultados son posibles. La prueba válida parece también indicar la necesidad de un mayor uso de alguna forma de beber continuada como meta explícita del tratamiento y, en casos donde la abstinencia o no tener problemas con la bebida es improbable, el uso de la meta “beber atenuado”.

En contra de esto, se podría argumentar que solamente si nos orientamos a la meta “perfecta” de la abstinencia total ocurrirán mejoras en el consumo de alcohol, de la misma manera que establecer estándares altos en ciertos aspectos de la vida posibilita que se den metas más modestas. La disminución de los objetivos estándar del tratamiento y la tácita concesión del permiso de beber, bajo este argumento, acabaría inevitablemente en resultados empobrecidos. Ese es un argumento plausible y debería ser tomado en serio.

Sin embargo, no hay razón para que, exactamente con la misma lógica, no sea aplicada a la meta de “beber perfecto” (beber sin que aparezcan problemas). Si la meta del tratamiento está claramente establecida como “beber sin atraer ningún tipo de problema asociado al alcohol”, esto serviría como una meta similar para los bebedores problemáticos que se plantean esfuerzos no tan ambiciosos. Sin duda, uno debe ir más lejos y discutir, en base a todos los motivos sugeridos por Marlatt & Gordon (1985), que el objetivo de abstinencia total hará más probable que se de el beber dañina e incontroladamente. Si se ha enseñado a los clientes a ver el acto de beber en términos de “blanco o negro”, considerando solamente la abstinencia total o el beber totalmente descontrolado, él o ella experimentará un colapso de auto-eficacia si ocurriese cualquier acto de beber sin haber previsto ninguna pauta de actuación sobre como recuperar el control. Ciertamente, hay muchas pruebas de que los resultados del beber controlado están negativamente correlacionados con la experiencia del tratamiento orientado hacia la abstinencia y el apoyo de Alcohólicos Anónimos (Peele, 1987). De ese modo, paradójicamente, aunque los resultados de la bebida controlada no deberían ser considerados una forma de reducción de daños en su verdadero sentido -puesto que ya no hay daños que reducir-, la meta del beber controlado puede ser utilizada de manera realista para lograr lo que serán unos resultados casi óptimos y significativamente mejorables en la mayoría de los casos.

Respecto a esta cuestión, una de las principales conclusiones que emergió del “problema Sobell” es interesante. El estudio hecho por Sobell & Sobell (1973) permanece como uno de los únicos ensayos clínicos controlados con un grupo sometido a un tratamiento dirigido a conseguir la abstinencia total y otro grupo con tratamiento dirigido a beber controlado. Recordaremos que Pendery, Maltzman & West (1982), los principales críticos de estos autores, dirigieron casi toda su atención hacia el resultado del grupo que recibió un tratamiento de bebida controlada, e ignoraron el grupo que recibió el tratamiento convencional de abstinencia, excepto para decir que era un grupo en el que evolucionaron mal. En réplica a sus críticas, Sobell & Sobell (1984 a,b), junto con el comité independiente creado para investigar los cargos contra ellos (Dickens et al., 1982), fueron capaces de señalar que, mientras el grupo que bebía de manera controlada demostró sin duda una serie de problemas asociados al hecho de seguir bebiendo alcohol, el grupo de abstinencia demostró tener incluso más problemas en la fase de seguimiento, incluyendo más días de borrachera y un número más elevado de muertes debidas al alcohol. De ese modo, ambos grupos evolucionaron mal a largo plazo pero el grupo de beber controlado demostró una mayor reducción de daños asociados al alcohol.

Es preciso recordar que en el contexto de debate en que nos encontramos, los resultados del tratamiento de los problemas causados por el alcohol son pobres, en particular para los que sufren una fuerte dependencia al alcohol o dependencias múltiples, o problemas asociados al alcohol de forma permanente. La situación requiere más investigación dentro de los tipos de bebedores con problemas que podrían demostrar mayores beneficios si tuviesen como meta de tratamiento alguna forma de poder seguir bebiendo y no un tratamiento orientado hacia la abstinencia. Sin embargo, los intereses de investigación actuales van en la línea de como compatibilizar los bebedores problemáticos con formas de tratamiento óptimas (Miller, 1989); es decepcionante que el emparejamiento de la meta de abstinencia en oposición al modo de beber de manera controlada haya suscitado tan poco interés.

En lo que se refiere a la reducción de daños desde la perspectiva social, la evidencia indica claramente que debería existir una aplicación de las intervenciones breves rentables de gran alcance orientadas al objetivo de la reducción del consumo para los bebedores casuales

que presentan una menor cantidad e intensidad de daños. En todo caso, se podría también objetar que los mismos objetivos de reducción de daños pueden ser alcanzados más eficientemente con la abstinencia total. La situación actual en los EE.UU. es crucial en relación a este punto.

Durante los años 80, el aumento del número de personas que ha reconocido haber recibido algún tipo de tratamiento por problemas causados por el alcohol se triplicó, así mismo se registró un aumento importante de los miembros de Alcohólicos Anónimos (Room & Greenfield, 1991). Eso ocurrió al mismo tiempo que, en los EE.UU., se registraba una importante disminución del consumo *per capita*. Resultó entonces que ese gran número de bebedores, en el cual se debe incluir muchos de los individuos de baja dependencia que son los primeros objetivos de las intervenciones breves orientadas hacia un consumo moderado, ha sido instado a perseguir la meta de la abstinencia. Las consecuencias de esa expansión masiva de tratamientos orientados hacia la abstinencia no están claras todavía pero entra dentro de lo posible incluir una reducción general de los daños asociados al alcohol en la comunidad. ¿Podría ser entonces que por ese motivo la abstinencia total no sea la meta preferida de las intervenciones breves en la comunidad?

Hay motivos para pensar que eso no va a continuar así. Primero, los datos presentados por Room (1989) sugieren que la mayoría de los incluidos en esa expansión de la meta de abstinencia siguen bebiendo después del tratamiento y que el principal efecto del tratamiento es reducir la proporción de los que beben a altos niveles, como se puede esperar por las pruebas revisadas anteriormente en este capítulo. De esa manera, la misma lógica que se aplica a los resultados del tratamiento para casos más serios, se aplica también aquí: ya que los clientes van a beber de todos modos, deben ser ayudados explícitamente para que ese modo de beber sea lo menos dañino posible.

Además, incluso si una proporción de bebedores con niveles bajos de dependencia intenta mantener una abstinencia total habrá, con toda certeza, otra proporción de un tamaño desconocido pero presumiblemente substancial que encuentre que la abstinencia no da respuesta a sus problemas y ese grupo debe recibir asistencia para moderar su manera de beber. Finalmente, es como si una gran expansión del tratamiento orientado hacia la abstinencia sólo pudiera ser concebido en un país como los EE.UU. donde existe una amplia tasa de abstinentes al alcohol y un apoyo cultural para la abstinencia desde foros religiosos. En culturas más antiguas con tasas de abstinencia mucho más bajas, como el Reino Unido o Australia, la promoción de una nueva ideología de abstinencia en la comunidad en general no tendría, desafortunadamente, tanto éxito.

Resumen y conclusiones

Este capítulo empezó por apuntar que el concepto de reducción de daños tiene una historia dentro del campo de los tratamientos de los problemas asociados al consumo de alcohol, sea explícito o implícito, y que empezó más o menos con el final de la II Guerra Mundial y algunos hechos de esta historia han sido brevemente relatados. Identificamos cuatro definiciones para el concepto de reducción de daños: (1) reducción de daños en el sentido del concepto tradicional de “sigue bebiendo pero ha mejorado”; (2) reducción de daños en el sentido de una petición de amplitud del criterio de éxito en los resultados del tratamiento en la evaluación y en el planteamiento del tratamiento; (3) reducción de daños en el sentido limitado de “controlado” o de bebida sin daño después del tratamiento; y (4) reducción de daños pero

refiriéndose al sentido amplio de las intervenciones breves en la comunidad, cuya meta es la de reducir el daño añadido debido al consumo de alcohol en la sociedad en general.

Se apuntaron también que los logros más antiguos en el reconocimiento y en la aplicación de la perspectiva de la reducción de daños para el tratamiento de los problemas causados por el alcohol parecen haber sido olvidados en los últimos tiempos, sobre todo a causa de la renovada obsesión por la abstinencia total, como única solución concebible a los problemas asociados al consumo de alcohol, particularmente en los EE.UU.

Las implicaciones de las pruebas recogidas para la intervención son simples y obvias: se necesita una expansión en la investigación y en las aplicaciones prácticas del tratamiento dirigido explícitamente a alguna forma de continuidad pero con modos de beber menos dañinos.

Aunque no se puede sugerir, responsablemente, que no hay evidencia para apoyar el tratamiento basado en la abstinencia, también está claro que no ha habido evidencia en la que basar la denigración de los objetivos que no buscaban la abstinencia y sus resultados. La amnesia de los logros pasados en el desarrollo del enfoque de la reducción de daños a los problemas causados por el alcohol que han sido comentado en este capítulo está basada, no sobre las pruebas o la lógica, sino sobre las medidas políticas y económicas del tratamiento y un compromiso ideológico hacia la abstinencia como modo de vida. Un interés renovado por la tentativa realista de reducir el daño causado por el alcohol en los individuos y en la sociedad debería ser lo que ayude a restablecer la disciplina como genuino discurso científico.

CAPÍTULO 15

REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PSICOESTIMULANTES

PATRICIA G. ERICKSON

En este capítulo se examina la evidencia que indica las condiciones bajo las cuales las posibilidades de reducción de daños tienen verdadero sentido y es importante considerarlas. Estas son nuevas direcciones para la reducción de daños. Todavía se sabe poco sobre las formas que puede tomar la reducción de daños y sus repercusiones para drogas como la cocaína y las anfetaminas.

Las estrategias de una reducción de daños efectiva se definirán en base a las consecuencias y los patrones de consumo y control. Para que un problema sea relevante desde una perspectiva de salud pública es preciso que esta conducta en particular sea lo suficientemente seria y difundida como para que tenga alguna relación con la salud de las personas en una sociedad. Las cifras sobre el consumo de cocaína y anfetaminas involucradas en epidemias que han ocurrido y se han repetido globalmente en este siglo hacen que estas drogas merezcan ser consideradas entre las cuestiones a atender desde la salud pública.

Además, el consumo de anfetaminas y de cocaína puede ocasionar consecuencias adversas en los usuarios, sus familias y la comunidad. Entre estos problemas se podrían incluir, aunque no son ni los únicos ni los predominantes, los relacionados con el uso de drogas inyectadas. De hecho, los problemas no sólo están relacionados con las vías de consumo, sino que además los usuarios no experimentados e ingenuos pueden correr un mayor riesgo que aquellos que son más expertos.

Finalmente, varios sistemas de control -personal, informal y formal-, influyen en los patrones de consumo y sus consecuencias. El autocontrol y la restricción practicados por los individuos son a menudo el centro de la reducción de daños. Los controles informales están enraizados en el grupo social que define los límites de la conducta de consumo. Otros sistemas de control están estructuralmente determinados (por ejemplo, la clase social o la situación laboral). Los controles formales son las reglas establecidas y vigiladas por el estado. Estos integran el medio ambiente social más amplio de la reducción de daños (Stimson y Lart, 1991).

Los psicoestimulantes que se examinarán serán la cocaína y, en menor grado, las anfetaminas. Los consumidores actuales de una o ambas sustancias son en general policonsumidores de drogas ilegales (Clayton, 1985); a menudo también son grandes consumidores de alcohol y tabaco. Raramente la cocaína y /o las anfetaminas son la primera o la única droga de elección (Murray, 1984).

Por lo tanto, es erróneo identificar a los 'consumidores de cocaína' como si su existencia fuese algo singular dentro de la subcultura del consumo de drogas. No obstante, la autoadministración de cocaína y anfetamina, así como aquellos aspectos relativos a sus efectos y consecuencias, pueden ser tratados de forma separada y pueden proporcionar ideas para la reducción de daños.

Lo primero que hay que considerar es qué tipo de riesgos están implicados, para qué usuarios y para qué patrones de consumo y cómo se pueden disminuir estos riesgos y promover prácticas más seguras.

Consecuencias

La cocaína y las anfetaminas son estimulantes del sistema nervioso central (SNC) y producen los mismos efectos placenteros. Los usuarios ensalzan la capacidad que tienen estas drogas de producir bienestar y euforia intensa, así como la de combatir el hambre y la fatiga. Desde el punto de vista farmacológico la diferencia principal entre ambas es que la anfetamina tiene una vida media mucho más larga que la cocaína; los efectos de la cocaína son en pico y se disipan al cabo de unos minutos en lugar de horas como en el caso de la anfetamina. Ambas sustancias acarrearán el riesgo de consecuencias adversas severas, pero la probabilidad de una mayor frecuencia de administración de la cocaína junto con sus propiedades anestésicas locales la hace potencialmente más dañina que la anfetaminas. La discusión que sigue versará sobre las consecuencias de tomar cocaína y anfetaminas, en relación con la mortalidad, morbilidad y consumo compulsivo.

Hace un siglo, durante la primera epidemia de cocaína, se descubrió que la sobredosis por cocaína podía ser letal, al haberse producido numerosos muertos como resultado de su administración como anestésico por parte de médicos y dentistas (Anglin, 1985). El carácter letal fue ratificado durante la epidemia más reciente de cocaína en la que le fue atribuido el número creciente de muertes (Kozel y Adams, 1985; Jacobs y Fehr, 1987). A altas dosis, el inicio de convulsiones y depresión respiratoria pueden ocasionar rápidamente el coma y la muerte.

No está claro hasta qué punto la acción de la cocaína en el corazón puede precipitar una parada cardíaca o contribuir a la enfermedad cardíaca (Alexander, 1991). La dosis letal precisa de cocaína continúa siendo desconocida aunque se han dado casos de muerte por cantidades tan pequeñas como 20 mg. por vía intravenosa mientras que algunos usuarios sobreviven consumiendo regularmente 10 o más gramos al día (Smart y Anglin, 1987). No sólo se ha relacionado el consumo fumado y el intravenoso de cocaína con muertes sino también el consumo esnifado y la ingestión oral de grandes dosis (Smart y Anglin, 1987). En todo caso, los resultados de las autopsias no son tan concluyentes como para poder establecer una relación entre los niveles de cocaína en sangre, que pueden variar ampliamente, y las muertes (Ruttenber et al., 1991). Debido a que en el examen post-mortem, la cocaína frecuentemente es detectada en combinación con otras sustancias, su influencia como causa de muerte no puede ser determinada de forma unívoca (Ruttenber et al., 1991). Además, tal y como Wong y Alexander (1991) han advertido, incluso cuando sólo se detecta cocaína, el deteriorado estado de salud del muerto puede también arrojar dudas acerca del papel principal de la cocaína como causante de la muerte.

De este modo, los informes de las muertes relacionadas con la cocaína habitualmente significan que en la autopsia se ha detectado algún nivel de cocaína, por lo que su función como indicador válido de muerte ocasionada únicamente por ingestión de cocaína debe ser considerada con precaución. No obstante, debido a la imprevisibilidad de la cocaína, combinada con su rara pero posible capacidad letal, obliga a considerar la necesidad de diseñar estrategias de reducción de daños.

Los consumidores de bajas dosis de cocaína y anfetaminas pueden experimentar efectos subjetivos desagradables (no similares a los que resultan de la nicotina y la cafeína) como ansiedad moderada, tensión, nerviosismo, palpitaciones, agitación e irritabilidad (Jacobs y Fehr, 1987). Las encuestas y los estudios comunitarios nos muestran que los consumidores ocasionales raramente tienen reacciones adversas, y no presentan diferencias en la salud

mental y física respecto de los que no las consumen (Newcomb y Bentler, 1986b; Cohen, 1989). Los consumidores más frecuentes y más severos tienen más probabilidad de experimentar efectos negativos perjudiciales y otras reacciones adversas como insomnio, impotencia, pérdida de peso, paranoia y ataques de pánico (Erickson et al., 1987; Anthony y Petronis, 1991; Waldorf, Reinerman y Murphy, 1991). Las muestras de sujetos en tratamiento o internados señalan las mayores incidencias de morbilidad psiquiátrica severa resultante de una ingestión importante, prolongada, habitualmente intravenosa o fumada, de cocaína o anfetaminas (Grinspoon y Bakalar, 1985; Kalant, 1987; Hall y Hando, datos no publicados, 1991; Rounsaville y Carroll, 1991).

La psicosis tóxica es el signo más observado resultante del consumo de cocaína o anfetaminas; su mayor incidencia explica las numerosas epidemias que han aparecido en varios países desde el cambio de siglo. Los síntomas de esta reacción tan grave, caracterizada por alucinaciones, paranoia extrema y en ocasiones violencia, generalmente desaparecen rápidamente cuando se deja de consumir durante unos días cocaína o anfetamina. La relación causa-efecto entre el consumo de cocaína y otras formas de morbilidad psiquiátrica es menos clara. Incluso los estudios longitudinales no indican consistentemente si, por ejemplo, los síntomas depresivos son un factor de riesgo del reinicio del consumo tras un abandono del mismo (Newcomb y Bentler, 1986 a) o si el consumo de cocaína ocasiona depresión (Anthony y Petronis, 1991). En cualquier caso, aunque los consumidores recreacionales de bajo nivel social predominantemente expresen efectos positivos por el consumo de cocaína, la evidencia de las encuestas y los estudios epidemiológicos, comunitarios y clínicos, muestra que el consumo severo de cocaína podría estar asociado con consecuencias adversas en la salud mental. Estos hallazgos acentúan la importancia y la necesidad de estrategias de reducción de daños.

Gran parte del conocimiento acerca de las consecuencias del consumo de cocaína gira en torno a los efectos a corto plazo de la intoxicación aguda (Grinspoon y Bakalar, 1985). Aunque una parte importante de la investigación sobre la cocaína todavía está en marcha, se sabe poco acerca de los efectos a largo plazo del consumo crónico de cocaína en polvo o crack sobre los distintos sistemas del organismo, el funcionamiento y el rendimiento corporal (Arif, 1987; Byck, 1989). Se ha demostrado el daño directo provocado en las fosas nasales o en los pulmones relacionado con las vías de administración esnifada o fumada ante un consumo frecuente y repetido. Se ha visto que la costumbre de toda la vida de los indígenas de América del Sur de masticar hojas de coca es una forma de ingestión bastante segura. Las formas refinadas de cocaína, mucho más potentes, presentan riesgos diferentes pero ocasionan poco daño entre los consumidores ocasionales o de bajas dosis. Lo que está mucho menos claro es la incidencia de reacciones adversas severas y a largo plazo entre los que han consumido cocaína en relación a la cantidad, la frecuencia y la duración del consumo (Foltin y Fischman, 1991; CIBA, 1992). Sin un sistema de orientación inequívoco acerca de qué niveles de consumo son peligrosos, los enfoques de reducción de daños deben ser necesariamente prudentes.

Un aspecto de particular importancia para la reducción de daños que ha surgido durante la epidemia del sida fue si la anfetamina, cocaína y, en concreto, el uso de crack, podían estar asociadas a prácticas sexuales repetitivas y de riesgo que aumenten la probabilidad de transmisión del VIH. Este tema es controvertido y la investigación todavía no es concluyente (Stimson, 1992). En Australia, los inyectores diarios de anfetaminas muestran unas prácticas de riesgo discretamente inferiores a las de los inyectores de opioides (Hall et al., datos no

publicados, 1991). En EE. UU. se encontró un riesgo más alto de infección por VIH entre los usuarios de crack en Nueva York (Des Jarlais y Friedman, 1988). Sin embargo, no se encontró esta relación entre los consumidores habituales en San Francisco (Watters, Cheng y Lorvick, 1991). Debido a que la investigación en varios países indica una gran variabilidad del consumo de drogas y de prácticas sexuales en grupos sociales distintos (Feldman y Biernacki, 1988), debe incluirse la influencia de los factores sociales, culturales y económicos en estos comportamientos. Esta inclusión proporcionaría una base para las prácticas de reducción de daños adaptadas a cada grupo sociocultural determinado (Stimson, 1992).

Un tercer tipo de consecuencia es la magnitud con la cual el consumo compulsivo, excesivo y destructivo es un resultado de la exposición a la cocaína. Llámesele adicción, dependencia o uso incontrolado, este patrón de conducta compulsiva fue descrito justo después de que el hidrocloreto de cocaína estuviese disponible alrededor de 1880 (Anglin, 1985; Kalant, 1987).

Hoy en día, el hecho de que la cocaína es la sustancia que crea más adicción al hombre (o las ratas) forma parte ya de la cultura convencional (Akers, 1991). Sin embargo, Erickson y Alexander (1989) revisaron las evidencias procedentes de estudios con animales, encuestas a la población, estudios clínicos y muestras de la comunidad, y concluyeron que la responsabilidad adictiva de la cocaína había sido sobrevalorada: entre un 5% y un 10% de los que en alguna ocasión habían probado la cocaína, la consumían semanalmente o más a menudo; la mayoría no persistían en el consumo o consumían con poca frecuencia. De los consumidores más frecuentes, entre una décima y una cuarta parte desarrollaban un patrón de consumo compulsivo y llegaban a tener graves dificultades con la cocaína. Además, los estudios más recientes revisados en este capítulo (excluyendo los estudios en animales, ver Brady, 1991) avalan estas conclusiones. Incluso el consumo de crack no es necesariamente compulsivo, cuando es estudiado fuera de los centros de tratamiento (Cheung, Erickson y Landau, 1991) y la historia natural de la reciente epidemia de crack en los EE.UU. ha sido descrita como 'no muy distinta de las epidemias anteriores' (Fagin y Chin, 1989, p.606).

El énfasis persistente de la literatura científica y popular en que la cocaína y el crack conllevan a una adicción inmediata tiene implicaciones graves para los enfoques de reducción de daños (Akers, 1991). Si la droga dirige la conducta y el adicto es víctima de fuerzas farmacológicas fuera de su control, entonces la droga es un 'diablo' y su erradicación es la respuesta. Además, se podrá depositar poca confianza en las intervenciones que esperan que el usuario modifique o reduzca el uso a niveles menos dañinos. Este punto de vista mecanicista acerca del usuario pasivo está avalado por los estudios de casos en el 'peor escenario' – aquellos que se convierten en consumidores compulsivos y el consumo persiste a pesar de las consecuencias extremadamente adversas sobre sí mismos y sobre los otros—. La siguiente frase escrita entre comillas es típica de muchas de las que se encuentran en la literatura: 'El crack (cocaína) genera una apetencia biológica irreprimible y fuerza a muchos usuarios a la búsqueda de más crack, sin hacer caso de cualquiera de las consecuencias biosociales aprendidas' (Schwartz, Luxenberg y Hoffman, 1991, 93154). Sin embargo, muchos usuarios dejan de consumir durante periodos de tiempo o mantienen un consumo moderado, paran o vuelven a ganar el control sobre su consumo. Por ello, el valor predictor de la visión mecanicista es limitado. Todavía no estamos en condiciones de saber porqué la farmacología particular de una droga actúa de forma tan devastadora en unos pero no en otros, sin embargo está claro que no es el único factor que explica el consumo compulsivo.

Debe considerarse la perspectiva del consumidor dentro un amplio contexto social (Zinberg, 1984). Desde el enfoque voluntarioso, el consumidor es una entidad activa capaz de escoger, de sopesar placeres y riesgos (Cheung y Erickson, 1993). Además, el individuo opera dentro de una red de factores sociales, culturales y económicos que afectan las decisiones sobre dónde, cuándo y cómo consumir una droga en particular. Desde este enfoque, el desarrollo de estrategias para la reducción de riesgos es una opción viable a la que no se puede negar sus beneficios potenciales, y que está construida sobre apreciaciones naturales de las experiencias de los consumidores con las drogas.

Verdaderamente, podría ser el momento de dejar de referirnos automáticamente a la cocaína y al crack como sustancias severas o extremadamente adictivas, o incluso adictivas en su totalidad (Davies, 1992). En su lugar es preferible centrarnos en el patrón destructivo de consumo que incuestionablemente en ocasiones ocurre (Akers, 1991). La redefinición del concepto de adicción para poderlo adaptar a la cocaína (Gawin, 1991) supone asegurar que las etiquetas más extremadamente peyorativas pueden ser fácilmente aplicadas. Sugerir otra cosa supone ser 'blando' con la cocaína, estar en 'la acera equivocada' sobre el tema, o simplemente decir implícitamente que es una droga 'segura' (Akers, 1991). La insistencia en el tremendo potencial adictivo de la cocaína ofusca la valoración de sus riesgos reales, y si se niega a los consumidores la habilidad de controlar su conducta, se impiden los esfuerzos de la reducción de los daños. Lo que, seguramente, es uno de los más importantes capitales para la reducción de daños en el consumo de esta droga es que su uso puede pararse sin padecer un síndrome de abstinencia desagradable o que pueda suponer una amenaza física para la vida.

PATRONES DE CONSUMO

Panorama general

Durante el siglo pasado, en distintos países se produjeron epidemias de consumo de anfetaminas o cocaína. Aunque la anfetamina se sintetizó por primera vez alrededor de 1880, no fue ampliamente producida y prescrita hasta 1930. Las anfetaminas fueron utilizadas ampliamente y a nivel internacional durante la II Guerra Mundial para combatir la fatiga del personal militar y político, aunque los detalles al respecto son incomprensiblemente superficiales (Miller y Kozel, 1991 a). El primer aumento rápido y a gran escala del consumo de anfetaminas se identificó como problema en el Japón de posguerra. A mediados de los años 50, la epidemia empezó a descender pero fue seguida de una escalada en 1970 y una estabilización en niveles altos en los años 1980 (Suwaki, 1991). En Suecia se produjeron epidemias de consumo de anfetaminas principalmente inyectadas en los años 60, en Canadá a finales de los 60 y principios de los 70, en el Reino Unido en los años 50 y de nuevo a finales de los años 60, y en Australia, entre mediados y finales de los 60 (Hall y Hando, datos no publicados, 1991). Actualmente, en Australia la prevalencia del consumo de anfetaminas en alguna ocasión entre la población general es del 6%. En Canadá y los EE.UU., los niveles de consumo han permanecido bajos (por debajo del 1%) aunque se pueden encontrar bolsas regionales de consumo superior (Miller y Kozel, 1991 a; Single, Erickson y Skirrow, 1991). En la mayoría de países que han experimentado estas epidemias, el consumo de anfetaminas parece que mantiene una cierta popularidad entre los consumidores de drogas ilegales, especialmente entre los inyectores. El consumo de anfetaminas se extendió ampliamente cuando estas se prescribían militar y sanitariamente, pero se vinculó al entorno del consumo de

drogas ilegales después de que los abastecimientos legales fueran drásticamente reducidos en los años 60.

Las dos epidemias de consumo de cocaína han ocurrido de forma más espaciada que las de consumo de anfetaminas. La primera oleada ocurrió justo después de la extracción del alcaloide de cocaína en 1865. Cuando la cocaína fue barata y ampliamente accesible en su forma farmacológica pura y con patente sanitaria, aumentó el consumo en Europa entre 1880 y 1890 (Kalant, 1987; Scheerer, 1991), tanto en los EEUU (Musto, 1973; 1991) como en Canadá a principios de 1900 (Giffen, Endicott y Lambert, 1991) y en Australia en los años 1920 y 1930 (Hall y Hando, datos no publicados, 1991). La segunda oleada del consumo de cocaína empezó principalmente en los EE. UU. y Canadá en los 70, y alcanzó el pico a mediados de los 80 (Erickson et al., 1987; Clayton, 1985). Aunque en estos dos últimos países de América del Norte, en años recientes se ha observado una disminución del número de consumidores, en América del Sur el consumo de productos semirefinados de la cocaína ha aumentado (CIBA, 1992). A la luz del aumento de decomisos y de informes de consumo en muestras sacadas de la clínica, la entrada masiva de cocaína en otras partes del mundo, especialmente Europa y Euroasia, ha sido descrita como en camino o inminente (Montagne, 1991; CSIS, 1992; RCMP, 1991). Sin embargo, no existe información fiable sobre una nueva epidemia de cocaína fuera de América del Norte y del Sur; tal y como muestran las pocas encuestas realizadas en otros países, los niveles de consumo son insignificantes (RAND, 1991).

El conocimiento más detallado sobre la magnitud y los patrones de consumo de un país puede obtenerse por medio de distintas fuentes. Las fuentes menos fiables son los indicadores indirectos encontrados en estadísticas oficiales tales como los arrestos, condenas, decomisos, admisiones psiquiátricas e informes de los jueces de primera instancia y los servicios de urgencias. Estas cifras pueden señalar una nueva oleada emergente de consumo y problemas, pero también reflejan sólo fragmentos de un complejo patrón de detección, vigilancia y procesos políticos (Clayton, 1985; Goode, 1989; Ben-Yehuda, 1990; Cheung, Erickson y Landau, 1991). Las encuestas de población general que utilizan muestras aleatorias probabilísticas proporcionan una imagen más amplia sobre la proporción de consumidores actuales y pasados, así como la frecuencia global de consumo, pero encuentran pocos consumidores severos. La repetición de encuestas nacionales permite realizar los análisis de tendencias y las generalizaciones con bastante confianza pero, en la mayoría de países, raramente han sido realizadas. Los estudios clínicos llevados a cabo en centros sanitarios revelan los patrones de consumo más descontrolados y destructivos entre aquellas personas que tienen que buscar ayuda profesional (Chitwood y Morningstar, 1985; Wallace, 1990). Entre estos dos extremos se encuentra la comunidad y los estudios epidemiológicos derivados de una parte más amplia del espectro de experiencias con el consumo de cocaína. Estos estudios analizan con mayor intensidad las variaciones en el tiempo de los patrones de consumo, idealmente con un componente longitudinal o de forma retrospectiva, e incluyen en sus consideraciones los distintos precursores y resultados del consumo.

Cada uno de estos enfoques tiene sus ventajas y limitaciones, pero en conjunto pueden ayudar a proporcionar una visión más amplia que la obtenida a partir de una sola fuente.

Encuestas

La mayoría de estudios sistemáticos sobre el consumo de drogas en la población general adulta y en la población estudiantil han sido realizados en los EE.UU. y en la provincia de

Ontario en Canadá. En Australia y en Canadá, las encuestas nacionales que exploran el consumo de cocaína sólo se han realizado en una o dos ocasiones, limitando cualquier conclusión acerca de sus tendencias. No obstante, todos estos estudios muestran amplias similitudes en los patrones de consumo, a pesar de que la prevalencia del consumo entre la población de América es mucho más alta. Así, la proporción de sujetos que en alguna ocasión de su vida han consumido cocaína era del 11% en los EE.UU. (1990), menos del 2% en Australia (1989), cerca del 2% en el Reino Unido (Ditton et al, 1991), y del 3,5% en Canadá (1989). Una encuesta realizada el año 1990 en Ámsterdam mostró que la prevalencia de consumo de cocaína a lo largo de la vida era del 5,5% (Sandwijk, Cohen y Musterd, 1991). En todos los países, el consumo es más elevado entre los hombres, adultos jóvenes y aquellos que con anterioridad han consumido drogas ilegales. La vía de administración preferida es la esnifada, siendo mucho menos comunes la vía fumada y la inyectada. No obstante, la distribución global del consumo era la siguiente: la mayor parte de la población nunca ha probado la cocaína, entre los que la prueban, la mayoría solamente lo hacen en pocas ocasiones, la mayor parte no continúan, pero entre los que continúan, la frecuencia del consumo es baja; entre un 5% y un 10% se convierten en consumidores frecuentes (al menos mensualmente). Este patrón general se puede ver con más detalle en la encuesta de investigación realizada en Ontario.

En encuestas recientes con adultos, Adlaf, Smart y Canale (1991, p.78) encontraron que entre aquellos que en alguna ocasión habían consumido cocaína, el 60% no la había consumido en los últimos 12 meses. Entre los consumidores actuales, la inmensa mayoría notificaron haberla consumido menos de una vez al mes, y escasamente un 5% la consumían mensualmente o más a menudo. Siguiendo un patrón similar, las encuestas con estudiantes mostraron que más de la mitad de los encuestados dijeron haber consumido cocaína sólo una o dos veces en el año anterior, y un 10% la había consumido 40 veces o más (Smart, Adlaf y Walsh, 1991). Más aún, la prevalencia anual del consumo de cocaína entre los adultos de Ontario ha permanecido relativamente estable desde 1984 con un 2%-3% de la población habiendo consumido esta sustancia. Los niveles más altos de consumo entre los estudiantes nunca han sido superiores al 5%, y se ha visto como disminuían progresivamente desde 1985 hasta caer en un 2% en 1991 (Smart, Adlaf y Walsh, 1991). En Ontario, durante la pasada década, el consumo de crack ha sido más bajo y estable siendo notificado por un 1% o menos de los adultos y estudiantes. Estas tendencias en el consumo coexisten con una disponibilidad de cocaína cada vez mayor, un aumento de los decomisos, mayor pureza y la bajada del precio por unidad (RCMP, 1991; Grupo de Trabajo de la entidad metropolitana de Toronto, 1991).

Estudios epidemiológicos de casos y control

James Anthony y cols., en los EE.UU., han examinado una fuente de datos excepcional que ha generado nuevos hallazgos relativos al inicio y la progresión en el consumo de cocaína (Anthony y Petronis, 1991; Ritter y Anthony, 1991). Entre 1980 y 1985, el programa del The National Institute of Mental Health Epidemiological Catchment Area (ECA) seleccionó amplias muestras probabilísticas de población en cinco zonas urbanas. La finalidad era investigar las relaciones causales entre el aumento de alteraciones psiquiátricas (utilizando el *Diagnostic Interview Schedule*) y una amplia variedad de factores de riesgo, entre los que se incluía el abuso de sustancias. A diferencia de las encuestas domiciliarias, el estudio ECA incluía una muestra de personas institucionalizadas. Los participantes fueron entrevistados en dos

ocasiones, con un intervalo de un año entre cada entrevista, lo que facilitó la identificación de aquellos que habían progresado en el consumo de cocaína durante el periodo de seguimiento hacia un consumo de 6 o más veces. A continuación los nuevos casos de consumo de cocaína fueron apareados, en un procedimiento de estratificación posterior, con una muestra de sujetos no-consumidores comparables en edad y zona de residencia.

El análisis se centró en los sujetos de 18 a 44 años que eran candidatos a la iniciación o progresión en el consumo de cocaína ($n = 4.394$). Durante el periodo de seguimiento, 78 individuos (1,8%) cumplían los requisitos y fueron emparejados con 131 controles. La muestra final estaba constituida por 73 apareamientos (cada caso con uno a cuatro controles). Sus hallazgos revelaron como una serie de características personales, socio-demográficas, de consumo anterior, cambio de rol y psiquiátricas estaban asociadas con el inicio /progresión del consumo de cocaína durante la nueva fase epidémica (1980-85) de los EE.UU. En el modelo de análisis multivariante final (los riesgos relativos se muestran entre paréntesis), sus conclusiones fueron que el riesgo estimado para el inicio / progresión aumentaba: con niveles más altos de ingresos personales (1,1 para cada incremento), entre las personas con consumo previo reciente sólo de marihuana (10,0), o de marihuana y otras drogas ilegales (32,5), entre las que habían experimentado un síndrome de depresión persistente (11,6) y entre las personas paradas que obtenían un puesto de trabajo (4,7). El riesgo era menor entre las personas casadas y disminuía a medida que aumentaba la edad (Ritter y Anthony, 1991, p.205). Este estudio prospectivo es, por lo tanto, consistente con la opinión de que las fluctuaciones del consumo de cocaína estaban integradas en un proceso personal y social complejo. A pesar de las limitaciones (por ejemplo, no se detalla la frecuencia, la dosis o la vía de administración), esta investigación proporciona una representación dinámica del consumo de cocaína y sus factores de riesgo.

Estudios comunitarios

De los estudios comunitarios se puede obtener información más detallada acerca de los patrones de consumo de cocaína y las prácticas actuales de un amplio rango de consumidores, aunque estas informaciones son menos generalizables que las obtenidas en encuestas y estudios de casos epidemiológicos. Como sugiere el nombre, estos estudios abarcan consumidores de cocaína no institucionalizados que mayoritariamente están en la comunidad, reclutados a través de anuncios o mediante un muestreo con el método bola de nieve y que aceptaron participar en la investigación. En estos estudios estaban infrarepresentados tanto los consumidores de cocaína más acaudalados y con mayor nivel socioeconómico como los más desaventajados. Aunque los participantes consumían cocaína con una frecuencia superior a la media, compartían características similares con los consumidores de cocaína en general (en contraposición a los consumidores de cocaína en tratamiento o en prisión).

Actualmente se han llevado a cabo estudios de este tipo en cinco países distintos: Australia (Mugford y Cohen, 1989), los Países Bajos (Cohen, 1989), Escocia (Ditton et al, 1991), Canadá (Erickson et al., 1987; Cheung et al., 1991; Erickson, Watson y Weber, 1992) y los EE.UU. (Waldorf, Reinerman y Murphy, 1991). Estos estudios han demostrado un grado de consistencia remarcable con respecto a sus hallazgos acerca de la posibilidad de un consumo controlado de cocaína, es decir que el consumo de cocaína es predominantemente un patrón poco frecuente y auto-regulable. Estos resultados orientan el camino que deben tomar las estrategias de reducción de daños para los consumidores individuales, sus familias y sus redes

de amigos, mientras que los estudios epidemiológicos y poblacionales dirigen su atención a las leyes y políticas sociales más amplias. Los hallazgos de dos estudios comunitarios recientes proporcionan mas elementos de claridad antes de pasar a los temas relativos al control.

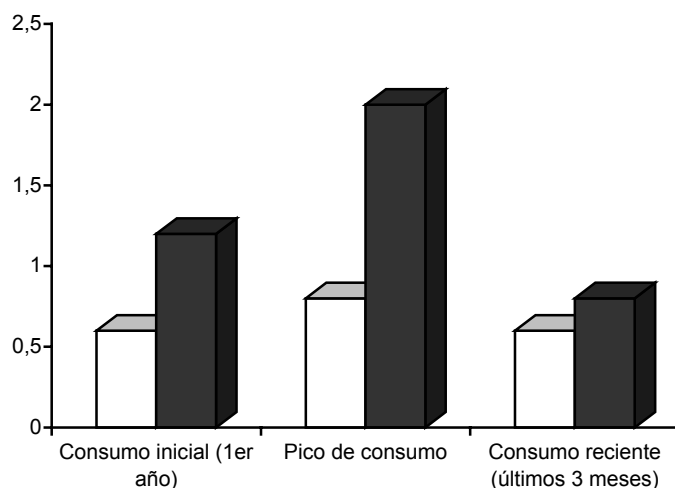


Figura 15.1. Cantidades medias de cocaína consumida en tres periodos según la frecuencia de consumo. El número (n) no es igual a 100 debido a respuestas desconocidas (no sabe). Frecuencia () una vez a la semana o menos; () más de una vez a la semana. (Fuente: Estudio longitudinal sobre los consumidores de cocaína del área de Toronto, Erickson, 1991).

En Ontario, el patrón altamente variable de consumo de la cocaína se encuentra en todos los estudios habiendo sido probado mediante un diseño longitudinal (Erickson, 1991). Mediante anuncios se reclutaron 100 consumidores de cocaína que en el pasado la habían consumido como mínimo en 10 ocasiones, y 54 fueron vueltos a entrevistar al cabo de un año. La mayoría de los participantes (53%) tenían tres o más años de experiencia con la cocaína y preferían esnifarla o fumarla aunque 22 se la habían inyectado. Este estudio fue deliberadamente diseñado para ser distinto a uno precedente (Erickson et al., 1987) incluyendo en el reclutamiento de participantes a consumidores actuales que habían ido más allá del consumo experimental. El número de participantes que también habían experimentado con el crack (79 de los 100) fue inesperadamente alto. No obstante, en este grupo de consumidores de crack también se encontró un patrón de consumo infrecuente y decreciente en magnitud (Cheung et al., 1991). Debido a que los consumidores de crack no diferían marcadamente de los consumidores de cocaína en polvo y, de hecho, todos excepto 5 eran también consumidores de polvo (Erickson, Watson y Weber, 1992), el grupo combinado de 100 será discutido a continuación.

Como muestra la figura 15.1, la cantidad media de cocaína consumida y la frecuencia de consumo aumentan después del primer año de consumo cayendo en los tres meses finales desde los niveles máximos a niveles inferiores a los iniciales.

Durante el primer año de consumo, la mitad de los participantes estaban consumiendo menos de la mitad de un gramo de cocaína por momento de consumo. Inicialmente, había más participantes que consumían una vez a la semana ($n = 57$) y menos participantes que consumían más a menudo ($n = 40$), pero en el periodo de consumo más intenso, el 85% consumían más de una vez a la semana, consumiendo una media de cerca de 2 gramos. Los consumidores que consumían con menor frecuencia ($n = 15$) consumían como media menos de 1 gramo. En los últimos tres meses anteriores a la entrevista, 36 participantes no habían consumido cocaína y 35 la habían consumido una vez a la semana o menos. Los que actualmente continuaban consumiendo cocaína más de una vez en semana ($n = 28$), consumían menos de 1 gramo (cerca de 0,75 gramos) por ocasión. El cuadro observado en la primera entrevista ya mostraba la disminución en frecuencia y cantidad del consumo. Cohen y Ditton et al. (1991) ya observaron el mismo patrón en sus muestras de consumidores de cocaína.

Al cabo de un año de seguimiento ($n = 54$), este patrón se intensificaba más (Erickson, 1991). Del 30% ($n = 16$) que en el año anterior no habían consumido ni cocaína ni crack, aquellos con experiencia de crack y los que no la tenían habían tenido la misma probabilidad de haberlo dejado. Entre los que todavía consumían ($n = 38$), el patrón predominante era tanto una disminución progresiva, descrita en el 34% de este grupo, como un patrón errático de empezar /dejar que caracterizaba al 37% de los consumidores. Para el tercio de participantes restantes, el consumo alcanzó un pico y declinó (el 10%), osciló ampliamente (el 10%), aumentó (el 5%) o bien se mantuvo en el mismo nivel que el año anterior (el 3%). Al considerar la interacción entre el consumo de cocaína y el de crack, es preciso resaltar que todos los consumidores actuales de crack ($n = 16$) también habían consumido cocaína en polvo durante el año anterior, y que un 59% (también $n = 16$) que antes habían sido consumidores de crack habían continuado consumiendo cocaína en polvo durante el último año. Estos resultados sugieren, primero, que para los consumidores el crack no es necesariamente un régimen estable, y que es posible la complementariedad por las vías de administración fumada e intranasal y, segundo, que es posible la existencia de alguna disminución en la escala de consumo de crack y polvo. A pesar de que esta muestra era pequeña y puede que no representativa de todos los que habían probado el crack, sus resultados conducen a considerar la existencia de muchos patrones alternativos a la pura escalada en el consumo.

Waldorf, Reinerman y Murphy (1991) entrevistaron en California a 228 consumidores severos de cocaína actuales ($n = 122$) y ex-consumidores ($n = 106$), incluyendo 45 personas para los que la droga principal consumida en su periodo de consumo más intenso había sido el crack fumado o la base libre. Para poder ser incluidos en el estudio, los participantes debían haber consumido un promedio de 2 gramos o más de cocaína a la semana durante al menos los 6 últimos meses, o bien haber consumido cocaína a diario durante al menos los últimos 12 meses. Sin embargo, la mayoría habían consumido cocaína durante periodos de tiempo más largos y en cantidades mayores que la mínima establecida en los criterios de inclusión. Por ejemplo, el promedio del consumo semanal fue de 4,69 gramos durante el periodo de máximo consumo (y la mitad habían consumido 2 gramos o más por semana durante al menos el último año). Por lo tanto, según las encuestas nacionales, estos participantes respondían al perfil de

consumidor más severo (el 5% del espectro de personas que en alguna ocasión han consumido cocaína).

Su conclusión fue que no parecía existir un camino único y uniforme que siguieran todos los consumidores severos de cocaína (Waldorf, Reinerman y Murphy, 1991, p.275). Aproximadamente, el mismo número de participantes mantenía un patrón de consumo estable durante periodos de 1 a 10 años, que el número de los que habían intensificado su consumo de forma tal que entorpecieran sus roles diarios y sus responsabilidades. Más aún, en diferentes momentos los individuos cambiaban su patrón de consumo a formas que suponían tanto una reducción como una escalada en el consumo. En general los consumidores controlados de cocaína compartían las características siguientes: tenían un número significativo de roles que les proporcionaban una identidad positiva y un sustento a la vida cotidiana convencional, habían desarrollado una adhesión a rutinas, reglas y rituales que limitaban las ocasiones para consumir cocaína; no habían abusado del alcohol u otras drogas, ni habían consumido cocaína para manejar otros problemas (p. 153). Las formas mediante las cuales los participantes dejaban, reiniciaban o mantenían el control de su consumo proporciona muchas sugerencias de estrategias de reducción de daños que más adelante se discutirán con más detalle.

Resumiendo, estas diversas fuentes de información indican que la mayor parte del consumo de cocaína es experimental, infrecuente y durante periodos cortos de la vida. La mayor parte de los consumidores sociales recreacionales adoptan un patrón de consumo en el que, o bien mantienen un bajo consumo durante periodos de tiempo prolongados, o bien aumentan el consumo y a continuación retornan a niveles de consumo más bajos. Obviamente, pueden darse muchas más combinaciones que la simple escalada en el consumo o finalización del consumo. Aunque algunas personas rápidamente tienen problemas con la cocaína, el lapso de tiempo antes de entrar en tratamiento se ha visto que es de entre 3 y 5 años para la cocaína (Clayton, 1985) y de siete meses a 3 años para el crack (Wallace, 1990). También es evidente que no existe un periodo completamente 'seguro' de consumo controlado. En una minoría que han consumido durante varios años niveles estables y moderados de cocaína también puede darse un consumo compulsivo, destructivo. Además, la escalada a niveles de consumo problemáticos pueden ocurrir incluso, aunque mucho menos frecuentemente, cuando no se ha consumido por vía fumada e inyectada; el consumo intranasal puede también ser un consumo incontrolado. Los factores de riesgo de escalada en el consumo identificados son: ser varón, joven (adulto), tener una historia de policonsumo, ingresos económicos más altos, enfermedad depresiva, o ser contratado en un trabajo después de un periodo de tiempo en paro. En el apartado siguiente se repasarán, en primer lugar, los caminos por los cuales los individuos controlan por sí mismos su consumo de cocaína y, en segundo lugar, un tema más amplio: el control en el ámbito comunitario y social.

Control

Los riesgos de mayor interés para la reducción de daños son aquellos que afectan a la salud, la seguridad y el bienestar del consumidor y de la comunidad (Strang, Capítulo 1, en este volumen). En aspectos que caen fuera del orden de la normativa legal criminal, los individuos tienen mucho que decidir. Ellos pueden escoger entre mantener o no una postura escéptica frente a la normativa, hacer vuelo sin motor, tomar el sol, o bañarse en aguas llenas de tiburones. La elección está determinada tanto personalmente como culturalmente. Aunque a las personas les guste 'escoger sus riesgos' y sopesar por ellas mismas si el placer merece la

pena, también tienen que basar su decisión en otras fuentes incluyendo aquellas culturalmente ya recopiladas (Klaidman, 1991). 'Lo que hemos de defender y a lo que tenemos que temer son las construcciones culturales que nos hacen caminar por el buen sendero pasando de monstruos gruñones y escapando de las pequeñas cosas. Conocer porque sentimos miedo acerca de qué y cómo debemos ser, equivale a realizar la siguiente pregunta cultural: ¿Cómo debemos vivir?' (Wildavsky, 1979, p.36). En este apartado, primero se examinará cómo los consumidores evalúan, hacen frente y mitigan los riesgos que presenta la cocaína y que papel juega su red social en el proceso de control informal para, posteriormente, considerar el amplio contexto en el que se da el control social formal.

Controles informales

Numerosos estudios han demostrado la alta correlación existente entre el consumo de drogas ilegales y el consumo de los compañeros, pero raramente se examina el proceso o los mecanismos mediante los cuales los compañeros pueden restringir el consumo perjudicial (Dembo et al., 1981; Kandel, 1985). Estos estudios engloban las limitaciones que operan dentro de la red social de un individuo (Maloff et al., 1979). La práctica de la reducción de daños incide a lo largo de un continuo en el que la cocaína está implicada, empezando por aquellos que presentan mayor probabilidad para probar la cocaína, denominados *jóvenes adultos* que ya consumen otras drogas ilegales. La conexión cannabis-cocaína ha sido identificada como particularmente importante bajo la base empírica de que, virtualmente, cada consumidor de cocaína ha consumido previamente y, a menudo frecuentemente, cannabis (Murray, 1984; Clayton, 1985). Por supuesto, la mayoría de los consumidores de cannabis no se convierten en consumidores de cocaína. Los datos son escasos, pero pocos estudios han investigado el deseo de probar la cocaína.

Un grupo de personas con antecedentes penales por consumo o tráfico de cannabis de Toronto fue entrevistado entre 1973 y 1974, mostraron una actitud favorable a probar la cocaína si se diera la oportunidad e informaron que la probarían casi la mitad (Erickson, 1982). En el mismo lugar, unos 10 años más tarde, un grupo de consumidores, principalmente recreacionales, de cocaína y cannabis dijeron que no habían vacilado en probar la cocaína cuando se les había presentado la oportunidad (Erickson et al., 1987), aunque más tarde tuvieran la opinión de que, con respecto al cannabis, la cocaína constituía una mayor agresión para la salud, estaba más sujeta al rechazo social y era compartida con menos amigos. Muchos ya habían dejado el consumo, o lo habían intentado, mientras continuaban consumiendo cannabis (Erickson y Murray, 1989). Un grupo de consumidores de cocaína en polvo que nunca se habían inyectado o fumado crack informaron estar satisfechos con los efectos de esnifar y tener miedo de las otras vías de administración (Erickson et al., 1992). En un estudio realizado a mediados de los años 80 sobre jóvenes consumidores severos de cocaína en Miami, Florida, Inciardi (1991) encontró un alto grado de receptividad al crack, basado en las informaciones de sus amigos y camellos, antes de que los jóvenes lo hubieran probado. Por el contrario, en una encuesta realizada por Homel et al. (1990) de adultos jóvenes de Sydney, Australia, de entre el 59% que habían experimentado con drogas ilegales, solo el 5% estaban preparados para probar la cocaína si ésta era ofrecida por un amigo. Estos resultados divergentes en tiempo y lugar, en contraposición a los resultados de las encuestas que muestran una prevalencia del consumo de cocaína baja o que disminuye en la mayoría de

los países (RAND, 1991), sugieren que la cocaína no siempre es tomada con gran entusiasmo, incluso entre los segmentos de la población más predispuestos.

El escenario histórico de principios de los 90 descrito por Musto (1991) puede ser, de nuevo, idóneo para esta argumentación: a medida que la población se percata de los riesgos de la cocaína, el deseo de experimentación disminuye. Este mensaje fue de algún modo tardío en los EE.UU. y Canadá, pero tuvo tiempo de alcanzar gran parte de Europa y Australia antes del rápido aumento de la disponibilidad de cocaína (Homel et al., 1990; Hall y Hando, datos no publicados, 1991). En contra de la noción 'progresión farmacológica predestinada' está la evidencia de que el aprendizaje social y las creencias culturales en relación a la salud pueden inhibir el consumo de cocaína entre los no usuarios (Erickson y Murray, 1989).

El siguiente nivel de implicación con la cocaína es el patrón de consumo ocasional recreativo o ligado al ocio, patrón dominante entre la población consumidora de cocaína. Estos usuarios consumen regularmente pequeñas cantidades y aunque, ocasionalmente, pueden hacer algún consumo mayor, por lo general mantienen globalmente niveles de consumo bajos o moderados. Como se ha apuntado anteriormente, estos consumidores han sido estudiados en Holanda, Canadá, Australia, los EE.UU. y Escocia. Aquí se han encontrados dos amplios grupos de resultados relevantes para la reducción de daños. El primero es que para un grupo de tamaño considerable de consumidores, el control de su consumo nunca resulta un problema, incluso después de varios años de exposición. Estos consumidores raramente van a comprar cocaína o dedicar muchos esfuerzos para buscarla, la consumen socialmente (por ejemplo en fiestas, ocasiones especiales), participan en otras actividades de no consumo no relacionadas con el ocio y tienen lo que se llama una actitud hacia la cocaína de tipo tómala o déjala.

La otra agrupación de consumidores actuales reconoce la seductora atracción de la cocaína que hace que tome la forma de un deseo incontrolable de su consumo cuando ésta está cerca (Erickson et al., 1987). Este reconocimiento da pie a la formulación de recomendaciones que restrinjan su disponibilidad. Los consejos que ofrecían a los consumidores novatos a menudo eran de ni probarla, pero si se optaba por disminuir la dosis, entonces el consejo era de continuar usando la vía esnifada y hacerlo siempre con amigos (Erickson, Watson y Weber, 1992). Los consumidores fomentaban las siguientes normas: consume sólo cuando puedas tomarte un descanso al día siguiente; no consumas más de una cantidad determinada; no la consumas con mayor frecuencia que semanal o mensualmente; no mantengas a tu alrededor un suministro de cocaína; nunca la consumas estando sólo, con determinadas personas o cuando estés deprimido; consúmela sólo en situaciones sociales especiales; nunca la consumas en el trabajo o en la escuela (Cohen, 1989; Mugford y Cohen, 1989; Ditton et al., 1991; Waldorf, Reinerman y Murphy, 1991). Los consumidores articulan estas normas con otras personas de su red social y generan de este modo un control informal (Murphy, Reinerman y Waldorf, 1989). Para la mayoría de los consumidores de cocaína, la autorregulación es la norma y esta norma es reforzada por la influencia endógena del grupo social.

Para otro grupo de consumidores, el control supone un reto más serio. Algunos evolucionan hacia un grado superior de implicación con la cocaína, consumiendo cantidades importantes semanalmente o más a menudo. Esto no necesariamente implica una pérdida total o parcial del control. Los estudios realizados sobre estos consumidores más severos proporcionan numerosos ejemplos de los que escalan en su consumo hasta niveles altos sin por ello convertirse en consumidores compulsivos de cocaína y sin impedir sus roles y

responsabilidades en la vida cotidiana; después, estos consumidores retornan a bajos niveles de consumo, habitualmente cuando cambia alguna circunstancia de su vida (Erickson et al. , 1987). No obstante, este patrón de consumo más severo es una señal de alarma según la advertencia de Waldorf, Reinerman y Murphy (1991), de que los controles personales y sociales informales no son 'infalibles' y el patrón de consumo controlado no es necesariamente 'permanente'. Algunos de los que tienen problemas con la cocaína acaban en centros de tratamiento. Sobre ellos se conoce bastante más (Gawin y Kleber, 1985; Wallace, 1990; Rounsaville y Carroll, 1991). Otros, menos estudiados, encuentran por si solos, o con la ayuda de otros, caminos para revertir el curso tan desastroso de su consumo. Sus experiencias pueden ayudar a participar en las estrategias de reducción de daños.

En los EE.UU., Waldorf, Reinerman y Murphy (1991) y en Canadá, Cheung, Erickson y Landau (1991) y Erickson, Watson y Weber (1992) han proporcionado las descripciones más detalladas sobre los consumidores severos de cocaína que no están en tratamiento. La observación más pertinente y consistente era que los consumidores que desarrollaban problemas con la cocaína encontraban necesaria la imposición de la abstinencia temporal o permanente para volver a recuperar el control sobre la droga y sobre sus vidas. En un estudio de los EE.UU. de consumidores severos (45 habían fumado regularmente crack /base), era llamativo que muchos de los que reconocían que su consumo se les escapaba de las manos simplemente habían dejado de consumir sin tener otros síntomas físicos de abstinencia que una apetencia transitoria (para ver resultados similares ver además Adams y Gfroerer, 1991). Era como si la balanza se inclinara, no en un momento particular sino como resultado de un proceso acumulativo en el cual finalmente los problemas sobrepasaban a los placeres.

Para otros, la pelea era más prolongada. Para ellos, la principal estrategia era 'poner distancia entre ellos mismos y la droga'. Esto no necesariamente significaba el tener que buscar amigos nuevos que no consumieran. De hecho, los amigos eran un recurso importante de la oferta de consejos para dejar de consumir y para ayudar a mantener sus ataduras con la vida convencional. Ellos podían haber sido también los primeros en identificar la expansión del consumo de cocaína y la aparición de problemas. En todo caso, no existía una solución mágica, sino una variedad de estrategias que funcionaban para diferentes individuos en circunstancias diferentes.

En el estudio canadiense sobre los consumidores de crack (Cheung, Erickson y Landau, 1991), el factor que de forma más importante afectaba la cantidad de crack consumida era percibido como el riesgo de daño. Las consecuencias adversas físicas, psicológicas y económicas del consumo de crack advertían a los consumidores y constituían una fuerza que contrarrestaba los intensos placeres subjetivos que se tenían cuando se estaba colocado con crack. Dado que dos tercios no habían consumido crack en el mes anterior a la entrevista (y entre los que habían consumido, menos de la mitad lo habían consumido al menos en 10 ocasiones), era evidente que la mayoría era capaz de un consumo controlado o de al menos abstinencias temporales. El seguimiento un año más tarde mostró un aumento de la proporción de no consumidores (Erickson, 1991).

Las estrategias para controlar su propio consumo incluían evitar personas y situaciones donde se pudiera encontrar cocaína, limitar la cantidad de cocaína consumida o el dinero destinado a su compra e imponerse más autocontrol (Erickson, Watson y Weber, 1992). Las advertencias que se hacían a los consumidores diarios de cocaína eran: busca ayuda, déjala, consume menos. Ninguno de estos resultados rechaza la posibilidad de que los consumidores puedan negar los problemas que están teniendo con la cocaína y exageren su habilidad para

controlar el consumo, casos que en realidad existen. Sin embargo, lo que sugieren estos estudios recientes es que la red de amistades puede ser una fuente importante de influencia en los que están perdiendo el control, y un ancla para aquellos que tratan de recuperarlo.

Una limitación importante de estos estudios comunitarios realizados en una variedad de países consiste en el hecho de que las muestras estén predominantemente formadas por adultos de clase media, con trabajo, miembros bastante convencionales de sociedades occidentales desarrolladas. La relativa facilidad con la que la mayoría de los consumidores recuperan o mantienen el control no puede ser extrapolada a, por ejemplo, jóvenes urbanos, parados, desaventajados socialmente, delincuentes u otros miembros de las clases bajas de las naciones desarrolladas de occidente y de todo el globo. Esto quiere decir que la interacción entre el placer asociado al consumo de cocaína, los efectos reforzantes del mismo y los controles informales y culturales reductores de daños, probablemente varíen ampliamente. Es importante saber de cuánto conocimiento preciso se dispone acerca de los riesgos de la cocaína y qué otras actividades y oportunidades compiten con la droga para entender y centrarnos en la vida de la persona (Waldorf, Reinerman, y Murphy, 1991). No obstante, la evidencia de que los consumidores de cocaína realizan opciones racionales, que sopesan los pros y los contras del consumo de drogas y que existe la posibilidad para un consumo controlado sostenido o desvinculado del consumo problemático, anima a utilizar un enfoque de reducción de daños que trate de movilizar estos controles informales.

Controles formales

Los controles formales son aquellas normas impuestas por el estado mediante leyes o regulaciones. Para la cocaína, la prohibición total de su posesión y distribución fue constante en la mayor parte de países occidentales desde 1910 hasta 1920. Antes de 1900, el acceso a la cocaína era fácil, comercial y legal para cualquiera. En el breve estadio de transición antes de la criminalización de esta sustancia, los profesionales sanitarios (médicos, dentistas, farmacéuticos además de los abastecedores de patentes sanitarias), tuvieron cada vez más que ver con su distribución en ámbitos locales, estatales y provinciales. (Murray, 1987; Musto, 1990). Por el contrario, las anfetaminas no llegaron a ser ampliamente accesible hasta los años 30, una situación que persistió hasta después de la II Guerra Mundial, cuando una oleada de epidemias emergió en varios países. Esto dio lugar a una regulación mucha más estricta del abastecimiento, aunque las anfetaminas han continuado estando disponibles con receta médica. Desde los 60, en el Reino Unido, Australia, Japón, diferentes partes de Europa, y también en países como los EE.UU. y Canadá, donde la cocaína estaba cada vez más disponible, existía un gran mercado negro de anfetaminas manufacturadas ilegalmente (Hall y Hando, datos no publicados, 1991; Miller y Kozel, 1991 b).

Los esfuerzos para controlar la cocaína mediante la prohibición de la demanda y el abastecimiento no han impedido la gran expansión de la producción global y las redes de tráfico desde los 70 (CSIS, 1992). Los esfuerzos de prohibición no han conseguido contener la entrada de cocaína a los EE.UU. y Canadá facilitada por un precio más bajo y una mayor pureza. La disponibilidad de cocaína ha aumentado de forma muy importante en estos países entre 1980 y 1990 (Reuter, 1988; Erickson y Cheung, 1993). Lo que brevemente se va a considerar en este capítulo es la forma como éste aumento de la disponibilidad aparece relacionado con la demanda y sus consecuencias. Si consideramos las consecuencias más graves, por ejemplo la muerte, visitas a los servicios de urgencias, admisiones en los centros

de tratamiento, todas ellas aumentaron en Toronto (Ontario) desde mediados hasta finales de los años 80 y después parece que pararon (Single, Erickson y Skirrow, 1991). A menudo se asume que las consecuencias dañinas aumentan linealmente de acuerdo al número de consumidores. Pero, de hecho, durante este periodo el consumo de cocaína permaneció estable o bajó a niveles inferiores en el conjunto de la población (Adlaf, Smart y Canale, 1991; Smart, Adlaf y Walsh, 1991). Esta aparente discrepancia podía ser debida a efectos de retraso (por ejemplo, entre el momento del inicio del consumo regular hasta la aparición de problemas), al aumento del consumo severo por una pequeña proporción de la población de consumidores y una mayor pureza de la sustancia en la calle. Lo que resulta interesante es que es la distribución del consumo lo que es crucial y no la cantidad absoluta o el número total de consumidores (Skog, 1992). Esto está relacionado con la reducción de daños cuya finalidad es influenciar la conducta en determinados momentos de la curva de consumo donde el umbral de la vulnerabilidad sea superior.

La comparación entre las muertes ocasionadas por las motonieve y las ocasionadas por la cocaína en Ontario sirven para ilustrar este punto tan importante (ver las figuras 15.2 y 15.3). El número de muertes atribuibles a cada causa es de magnitud similar, de 25 a 35 por año. Entre 1986 y 1990, el número de vehículos motonieve registrados pasó de 80.000 a 320.000, pero la tasa de mortalidad por cada 100.000 vehículos registrados permaneció prácticamente constante (Row et al., 1992). En el mismo periodo, el número estimado de consumidores de cocaína entre la población adulta y los estudiantes (indicado por cualquier consumo en el año anterior) bajó en cerca de 50.000 hasta 365.000, pero la tasa de mortalidad atribuible a la

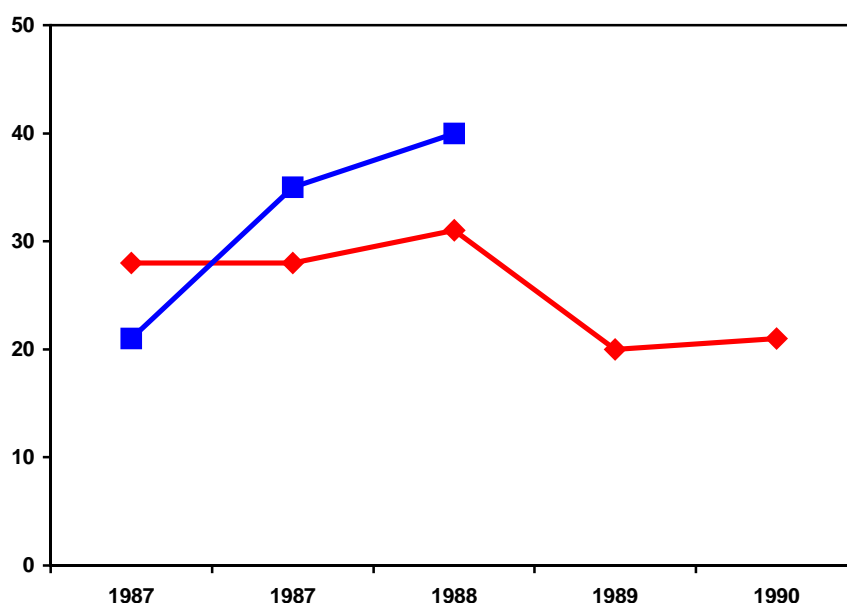


Figura 15.2. Riesgo de muerte: motonieve versus cocaína, 1986–1990. (■) Motonieve; (◆) cocaína. Los suicidios han sido excluidos. (Fuentes: Muertes relacionadas con el uso de motonieve en Ontario—Row et al., 1992; Jefatura de Oficinas de Primera Instancia de Ontario, 1991)

cocaína por cada 100.000 consumidores aumentó. Para la cocaína, la tasa de mortalidad era de 5.6 en 1987 y de 10.9 en 1989 y durante los mismos años de 9,9 y 11,0 para los usuarios de

motonieve. Las implicaciones para prevenir las muertes de los usuarios de motonieve, en ausencia de cualquier otra estrategia, son directas: reducir el número de usuarios de motonieve. Para la cocaína, la reducción del número de consumidores no es una respuesta sencilla; pero la reducción de las prácticas de riesgo puede que sí. Por lo tanto, dirigir nuestras políticas de control formal ampliamente a suprimir cualquier nivel de consumo de cocaína no es efectivo para hacer frente a los daños asociados con patrones de consumo más severos y peligrosos.

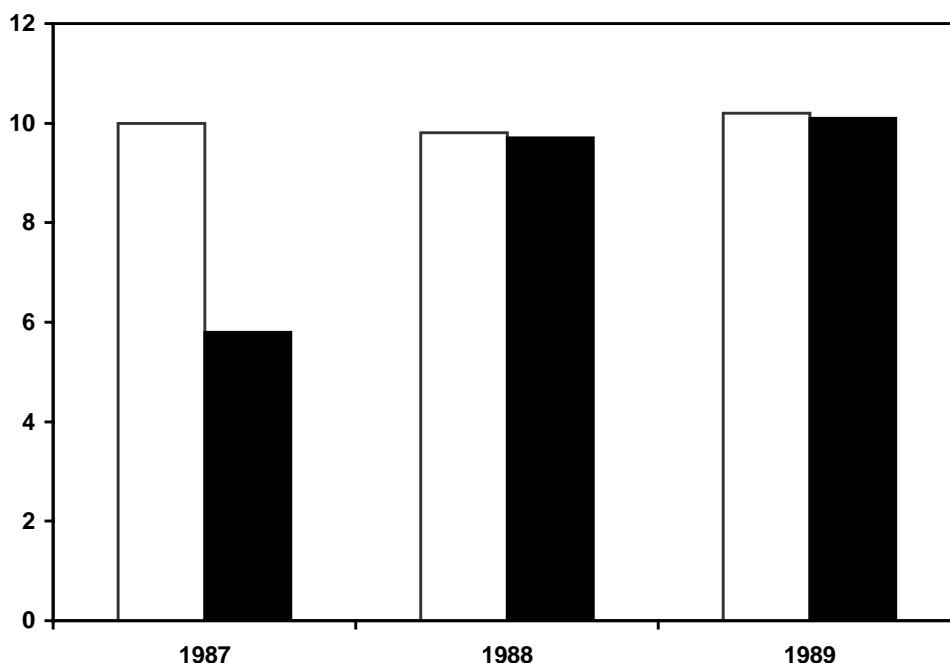


Figura 15.3. Tasas de mortalidad relacionadas con el uso de motonieve y de cocaína en Ontario, 1987 – 1989 (por 100.000 vehículos registrados y por 100.000 usuarios de cocaína. () MOTONIEVE; () cocaína. (Fuentes: Muertes relacionadas con el uso de motonieve [en Ontario – Row et al., 1992; Consumo de drogas entre adultos de Ontario – Adlaf et al., 1991; Encuesta sobre el consumo de drogas en estudiantes de Ontario –Smart et al., 1991; Jefatura de Oficinas de Primera Instancia de Ontario, 1991).

Un segundo punto que hay que considerar en el ámbito del control formal es el argumento económico. Si bien la prohibición del abastecimiento y la vigilancia deberían producir un mantenimiento de precios altos, se observó el efecto contrario tanto en los EE.UU. como en Canadá donde los precios de la cocaína bajaron en los años 80. Además de no efectivo, Maynard (1992) también ha señalado que no se dispone de muchos datos acerca de los efectos de la vigilancia sobre otros temas relacionados como son los accidentes criminales y la variabilidad del precio de la cocaína. Musto hizo una comparación histórica interesante

(1990) mostrando que el precio de una unidad de cocaína en la calle entre 1908 y 1914 y desde el principio hasta mediados de los años 80 era, en ambos periodos, cerca de 10 veces superior al salario medio industrial por hora (3 dólares USA versus 0,30 y 50 dólares USA en comparación a 5).

Sin embargo, a finales de los años 80, el precio de la cocaína en polvo era más bajo, que el 'que estaba en las calles de la ciudad de Nueva York antes del acta de Harrison de 1914 (la primera legislación federal sobre narcóticos) y, mientras que el control legal de la cocaína fue dejado en el juicio de los profesionales sanitarios' (p.323). Debido a que durante el periodo de regulación sanitaria continuo existiendo el mercado ilegal, Musto (1990) sugirió que los sindicatos criminales de estos primeros días podrían haber tenido márgenes de beneficio similares a los actuales, y que debía existir una 'tasa natural de mercado' para el precio en la calle de una unidad de cocaína. Independientemente de que esta similitud sea una coincidencia o no, proporciona más evidencia de que el control formal de la cocaína mediante leyes criminales es una forma poco precisa de canalizar la conducta en el mercado de vendedores y compradores.

Implicaciones

Estrategias e intervenciones

Este capítulo ha mostrado que precisamos de conocimientos de diferentes tipos para disponer de un cuadro exhaustivo de los riesgos que plantea la cocaína. Hay diferentes tipos de riesgos potenciales asociados al consumo de cocaína. Algunos de ellos son físicos y afectan la supervivencia, otros comprometen la salud mental y la estabilidad, y otros están rodeados de una necesidad compulsiva y destructiva de consumir cocaína, a pesar de la enorme confusión que ocasiona en los trabajos, las finanzas, el amor de los demás y el respeto a uno mismo. Sin embargo, la probabilidad de que el consumo ocasione siempre un daño real está lejos de ser cierta. Sin embargo, los altamente impredecibles efectos de la cocaína obligan a la prudencia. La cocaína no es tan terrible como se ha esquematizado a un público en una oleada histérica acerca de sus efectos mortales. La mayoría la consumen infrecuentemente, sin efectos aparentes sobre la salud y sin compulsión.

Basado en la convergencia de muchas investigaciones que señalan un patrón de consumo controlado autoregulado, el siguiente paso podría ser aprovechar este conocimiento sobre el control informal para maximizar la reducción de daños entre compañeros. ¿Cómo vamos a construir una subcultura de reducción de daños? Esto requeriría un giro del modelo mecanicista actualmente existente a un modelo voluntarista, un giro que aprecie los efectos positivos de la subcultura en restringir y canalizar el consumo de drogas de sus miembros, que comprenda la atracción que ofrecen las drogas, y que reconozca que los consumidores sopesan los pros y los contras al tomar sus decisiones sobre el consumo. Una enfoque más voluntarista reconoce que a menudo es inapropiado y fútil que los no consumidores expliquen a los consumidores experimentados cómo han de conducir sus vidas. Los consumidores de drogas tienen su propia jerarquía del peligro basada en los riesgos percibidos y experimentados (Erickson, 1982).

Un obstáculo para el desarrollo de este enfoque de reducción de daños entre los consumidores de drogas en cualquier comunidad es que los consumidores de drogas ilegales

sean situados, por definición, fuera de la órbita de la corriente apoyada legítimamente. Las intervenciones que actualmente se ven favorecidas tienden a la vigilancia de la aplicación de la justicia criminal o a los programas de tratamiento que requieren abstinencia. Una intervención no radical, como dejar a los usuarios que vayan por su cuenta -puede ser ofrecida como alternativa por la mayor parte de las jurisdicciones locales. Las subculturas de las drogas por ellas mismas pueden crear sus propias prácticas de reducción de daños a medida que el conocimiento es transmitido clandestinamente, pero la marginación continuada de los consumidores de cocaína sin duda disminuye la velocidad de este proceso y probablemente aumenta los daños, especialmente para los nuevos consumidores.

Las campañas publicitarias antidroga del tipo 'simplemente di no' o las que utilizan una variedad de tácticas sensacionalista y alarmistas tienden a hacer más mal que bien. En primer lugar, mantiene a los futuros consumidores ignorantes acerca de los riesgos reales de la cocaína así como de las formas de evitar ellos mismos los daños y, en segundo lugar, pierden la credibilidad entre los consumidores de drogas. El énfasis de los medios de comunicación en los casos más dramáticos (consumidores que están indefensos en las garras de la cocaína, o incluso peor, de la adicción al crack), refuerza el estigma achacado a los consumidores de drogas.

¿Y qué es lo relevante del control formal para la reducción de daños?. Aunque, efectivamente, la existencia de riesgos y la evidencia de que se puede derivar algún daño del consumo de cocaína podría fundamentar alguna forma de control estatal sobre su disponibilidad, esto no presupone que se deba establecer un modelo vigoroso de prohibición criminal. Es más, de hecho el estado no siempre hace una reclamación sobre la regulación de las actividades inherentemente arriesgadas. Normalmente, al individuo se le da un amplio margen de elección en temas que no ocasionan daños directos o moleste a otros. Un tema a discutir es cuán ampliamente diseminada está la actividad y, por lo tanto, su impacto global en el bienestar de la sociedad. Por supuesto, la costumbre y la tradición juegan un papel crucial y, para la cocaína, el rol ha sido el de esfuerzos de supresión estatal durante la mayor parte del siglo. No obstante, qué haría un gobierno que adopte los principios de reducción de daños. ¿Cómo puede un gobierno ayudar y secundar este enfoque si se convierte en un socio comprensivo? El paso de la teoría a la práctica requiere de un análisis político y pragmático de esta cuestión.

¿Qué otras estrategias deben considerarse para intensificar o suplir el control informal y formal respectivamente? Los enfoques enraizados en la reducción de daños dan distinta importancia a la educación y el tratamiento que los enfoques basados en la supresión y la abstinencia total.

La educación sobre las drogas en las escuelas, en si misma, no parece tener un gran impacto en conductas tardías (O'Connor y Saunders, 1992). Estos autores argumentan que esto es debido a que el valor y el significado de ser un consumidor de drogas no es tenido en cuenta y los beneficios del consumo de drogas están infravalorados. Desde una perspectiva de reducción de daños, es posible que los programas educativos más convenientes sean aquellos que proporcionen una visión equilibrada de los riesgos y de los beneficios, formación /entrenamiento para que los que consumen drogas lo hagan con más cuidado y evitar premiar los valores de los no consumidores a expensas de estigmatizar y marginar a los consumidores. De estos programas se beneficiarían particularmente los consumidores de drogas ocasionales y los experimentados que no han tenido la oportunidad de absorber de la red de consumidores regulares técnicas de consumo más seguras. Este enfoque se basaría en lo que los

estudiantes saben, tienen la intención de hacer, y quieren cambiar. Incluso se podría reclutar consumidores activos de fuera para que impartieran informaciones y habilidades que minimizaran los daños entre los que se incorporaran a esta actividad. Una preocupación que origina este enfoque alternativo en el ámbito de la educación, es que la transmisión de nociones acerca de la aceptabilidad de determinadas formas de consumo de drogas pueda favorecer la creación de un clima social en el que un mayor deseo de consumidor drogas se convierta en norma. Frente a esto, otros podrían argumentar que a medida que el fortalecimiento cultural detuviese el marketing y la promoción activa, la desaprobación social todavía sería predominante, evitándose o reduciéndose, a la vez, los daños.

Los estudios comunitarios que se han revisado anteriormente muestran como los consumidores habitualmente salen de los problemas por sus propios medios y con 'un poco de ayuda de sus amigos'. Los programas de tratamiento actualmente existentes para aquellos consumidores que buscan ayuda, casi siempre se basan en la abstinencia. Este énfasis parece apropiado dados los hallazgos acerca de que los consumidores más severos nunca tratados encuentran que la abstinencia, al menos por un periodo, es necesaria (Waldorf, Reinerman y Murphy, 1991). Esta observación es paralela a la observada en las investigaciones sobre el alcohol y 'las recuperaciones espontáneas (no tratadas)' de los problemas derivados del alcohol: aunque algunos bebedores recaigan más tarde en un consumo moderado, casi todos se imponen a sí mismo un periodo de abstinencia (Sobell, Sobell y Toneatto, 1991). En este sentido, una de las implicaciones de las intervenciones con un enfoque de reducción de daños es que disponen de una mayor flexibilidad para definir la meta de la abstinencia pudiendo fijarla, según los casos, como una abstinencia a corto-plazo, largo-plazo o permanente. Otra implicación es que con este enfoque se podrían introducir un conjunto de prácticas de reducción de daños en los programas de tratamiento ofertados.

Además, un acceso precoz al tratamiento, en una etapa temprana, no estigmatizadora, tendría el potencial de ayudar a los consumidores a evitar una escalada de mayor riesgo (esto también se ha visto que tenía un efecto positivo entre los bebedores problemáticos). Otro elemento que debería ser incorporado a las guías o modelos para la toma de decisiones para consumidores en tratamiento es la cuestión de que los consumidores severos observados en los estudios comunitarios hacen un balance entre los pros y los contras del consumo de cocaína y que eso hace que algunos recorten o eliminen su consumo. La noción de que el control es una posibilidad real puede proporcionar un mensaje importante que contrarrestaría la siempre poderosa imagen de que la cocaína fomenta una actitud pesimista o irresponsable entre aquellos que de otro modo hubiesen buscado ayuda.

Un último comentario acerca de las intervenciones versa sobre las macro-condiciones o sobre el entorno que influye en el consumo de drogas. Éstas corresponderían al terreno de lo gubernamental, y no de lo individual, y no podrían ser rápidamente manipuladas. Las medidas destinadas a la salud global y el bienestar de la población, así como a reducir la pobreza y la privación que pueden contribuir a aumentar la vulnerabilidad a los daños del consumo de drogas en partes de la población, son una parte esencial de la reducción de daños (Wallack y Holder, 1987). El consumo de cocaína parece que se controla mejor cuando otras fuentes de satisfacción, placer y autoestima están presentes en la escena social. Así, además de incrementar (mejorar) los recursos individuales, deben incorporarse rasgos distintivos sistémicos en el enfoque global de salud pública a la minimización de daños.

En conclusión, la reducción de daños para la cocaína y anfetamina no sólo es posible sino que también es necesaria. La transformación de los enfoques requiere de un nuevo

paradigma para el consumo de drogas ilegales. Sobre la base de Kuhn (1962, p.9), la existencia continuada de una anomalía, por ejemplo el que el consumo de cocaína no sea ni tan peligroso ni tan adictivo como popularmente se cree, pueda provocar interrogantes, crisis y en última instancia la adopción de un enfoque nuevo. Como dice McKenna (1992, p.XVIII): “Ha llegado el momento, en el amplio discurso natural de la historia de las ideas, de volver a pensar sobre la fascinación con el consumo habitual de psicoestimulantes y plantas psicoactivas. Hemos de aprender de los excesos del pasado pero no podemos apoyar la opinión que desea dividir a la sociedad entre consumidores y no consumidores. Necesitamos un enfoque extenso. Necesitamos un nuevo paradigma: hemos de reconocer la realidad y la posibilidad del consumo controlado de drogas; necesitamos la reducción de daños.”

CAPÍTULO 16

CANNABIS: REFORMA LEGAL, USO MEDICINAL Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

JOHN P. MORGAN, DIANE RILEY y GREGORY B. CHESHER

A diferencia de la heroína y la cocaína, rara vez el debate sobre la reducción de daños se ha centrado en el uso del cannabis. Sin embargo, es la primera droga propuesta para la reforma legal en cualquier debate sobre políticas de drogas; y ese debate, a menudo, incluso inconscientemente, implica la reducción de daños. Uno podría desear normalizar el cannabis para reducir, al menos, el daño real que provoca su continua criminalidad. Más de 300.000 personas son arrestadas por el gobierno de los EE.UU. por tráfico de cannabis cada año (Gettman, 1991) y la gran mayoría están implicados por simple posesión (algunos pueden ser traficantes pero la inculpación por posesión es más fácil de probar). En los EE.UU., la ilegalidad del cannabis contribuye al uso expandido del test de orina en los lugares de trabajo y en los tribunales de justicia para descubrir cannabis u otras drogas en el metabolismo. El descubrimiento de una pequeña cantidad de 9-tetrahidrocanabinol carboxílico (Δ -9-THC) en orina (Morgan, 1988) puede causar la pérdida del trabajo (o la no contratación) y, frecuentemente, la pérdida de credibilidad para los que están en trámites con el sistema judicial, sea cual sea su sentencia.

La dinámica entre los prohibicionistas y los antiprohibicionistas no ha cambiado en los últimos 30 años. Los que se oponen a la reforma de las leyes sobre el cannabis aceptan y promueven activamente su ilegalidad, porque ven la normalización del cannabis con mucho miedo. En efecto, los prohibicionistas creen que el cannabis es mucho más peligroso de lo que se piensa y que su consumo regular causa muchos daños a la salud. Incluso consideran que sirve de “trampolín” hacia otras drogas, induciendo de manera cultural y psicológica a sus consumidores hacia drogas más peligrosas. Por todo ello, defienden que la supresión de su restricción legal causaría un aumento del consumo y un incremento de los daños personales y sociales.

Durante la pasada década, estas preocupaciones se han visto reforzadas por la creencia de que el cannabis contemporáneo es más potente (contenido de 9THC más alto por peso) que el cannabis americano de los años 60 y 70. Se cree que este “nuevo” cannabis es altamente peligroso, tanto por ser un embriagador agudo que contribuye a provocar accidentes y errores en las tareas desarrolladas tras su consumo, como por ser un agente tóxico crónico que contribuye a dañar la función inmune, que disminuye la fertilidad, provoca enfermedades pulmonares y psicopatológicas.

En los EE.UU. la reforma de las leyes sobre el cannabis se enmarca ahora en su uso médico y terapéutico. Los prohibicionistas creen que el apoyo al cannabis medicinal es una artimaña de los reformistas para legalizar la droga.

En cualquier caso, la reivindicación de su utilidad médica ha ganado terreno recientemente con la publicación de las pruebas preliminares del aumento de peso conseguido por el consumo de Δ -9-TCH en un pequeño grupo de pacientes con pérdidas del mismo asociadas al VIH (Plasse et al, 1991). El reciente descubrimiento de un aglutinante endógeno para el receptor de cannabis revela la existencia probable del hasta ahora desconocido sistema cerebral. Un entendimiento más profundo de ese sistema neurológico debería tener un enorme potencial terapéutico (Devane et al., 1992)

Por eso, desde la perspectiva de la reducción de daños, abordar la cuestión del uso del cannabis precisa aclarar urgentemente los puntos siguientes:

1. ¿Cuáles son las pruebas sobre la supuesta toxicidad para la salud del cannabis?
2. ¿En que medida el cannabis es realmente el “trampolín” hacia otras drogas?
3. ¿Las preparaciones contemporáneas de cannabis son más potentes? ¿Cuáles son las consecuencias de dicha potencia?
4. ¿La reforma de las drogas (legalización, normalización o despenalización) lleva realmente a una explosión del consumo?
5. ¿Cuáles son las reivindicaciones acerca del potencial terapéutico del cannabis?

La toxicidad del cannabis

En la primera mitad de los años 70 había, en los EE.UU., un importante movimiento favorable a la reforma del cannabis. Individualmente, los estados empezaron a disminuir las posibilidades de ser encarcelado por posesión. Los primeros informes de una serie de estudios sobre consumidores crónicos en Jamaica (Rubin & Comitas, 1975), Costa Rica (Coggins, 1976) y Grecia (Fink et al., 1975) reconocían un daño biológico mínimo. Sin embargo, exactamente al mismo tiempo, un movimiento de contra-reforma basado en su toxicología estaba reuniendo fuerzas.

En 1974, Gabriel Nahas de la Universidad de Columbia ayudó a reunir a un grupo de científicos clínicos que habían informado del daño inducido por el consumo de cannabis en el ser humano. Todos esos hombres presentaron al Comité de Seguridad Interno del senador James Eastland unos comentarios sobre el daño del cannabis y su implícita amenaza para la seguridad de los EE.UU. (*US Committee on the Judiciary*, 1974). Lo que se debatía eran las reivindicaciones de inmunopatogenia, enfermedades pulmonares, daño de las células cerebrales, falta de motivación y daño libidinal y reproductivo, incluyendo la disminución de testosterona. Nahas, en su propio libro *Marijuana: Deceptive Weed*¹³, presentaba esas reivindicaciones como hechos probados y mezclaba una serie de ideas políticas e incluso conspirativas (Nahas, 1973). El autor especulaba sobre si las grandes sociedades de Arabia habían caído por culpa del consumo de cannabis y sobre la posibilidad de que los chinos comunistas planeaban promover la revolución ampliando la toxicomanía todavía subyacente en Occidente*. Las buenas disposiciones de Naha para aceptar cualquier especulación anticannabis se ven ilustradas por una extensa exposición sobre el probable uso del cannabis para el suicidio en Europa, basada en un estudiante belga que, se rumoreaba entonces, intentó atentarse contra su vida fumando una pipa de cannabis. Nahas había presentado esta idea

¹³ N. del T.: "*La marihuana: engañosa mala hierba*"

• El estilo de Naha está recomendado por el material Comunista Chino. La reivindicación acerca del Plan comunista está actualmente basada en una conversación. Alguien, llamado M. Heykal estaba supuestamente enterado de una conversación entre Chou En Lai y Nasser sobre esos planes de drogas. No nos dijeron nada más acerca de las escuchas secretas del tal Heykal, ni de la credibilidad ni del apoyo del Dr. Nahas en ese complot.

** + Hollister estaba perfectamente financiado por el Gobierno Federal para realizar estudios sobre el cannabis en los años 60 y 70. ¿Por qué su negación a condenar la droga en los años 80 influyó en su apoyo?, no lo sabemos. Lo que sabemos de uno de los escritos de un compañero de artículo en el número sobre el cannabis de la revista *Pharmacological Reviews* es que el periódico había recibido fuertes presiones para no publicar el artículo de Hollister que estaba visto por las fuerzas anticannabis, y por Nahas particularmente, como un encubrimiento de la droga.

previamente en una publicación que debatía sobre la intoxicación “letal” del cannabis (Nahas, 1971).

En un artículo de 1986 que debatía sobre los aspectos saludables del consumo de cannabis, Leo Hollister repasó todas las reivindicaciones/afirmaciones de la toxicidad del cannabis presentadas al senador Eastland (1986). Comentaba en ambos estudios de campo de los años 70 y en otros dos estudios de seguimiento a 30 y 94 días, financiados por el Gobierno de los EE.UU. (Cohen, 1976; Jones & Benowitz, 1976): “Si los estudios de campo fallan en proporcionar la prueba del daño producido por el consumo prolongado del cannabis, es poco probable que los estudios experimentales lo hagan mejor y tal ha sido el caso”. Sin embargo, apuntó que los estudios de campo podían fallar raras veces o tener consecuencias inusuales de gran importancia: “No obstante, uno se ve forzado a concluir que el cannabis, en tanto que droga social, es una droga relativamente inocua. Ahora se la compara favorablemente con el tabaco y con el alcohol e incluso con la cafeína.”

Todos los interesados en las políticas de drogas y sobre el cannabis tienen una terrible deuda con Leo Hollister, cuya integridad le protegió de unirse al coro de las afirmaciones de los científicos pagados por el Gobierno dispuestos a descubrir la toxicidad del cannabis. Solamente tenemos que comentar brevemente la alta toxicidad de las afirmaciones siguientes. Los lectores encontrarán referencias a Hollister y a otras fuentes para encontrar más detalles acerca de esas afirmaciones.

Inmunidad

En algunos estudios de animales y de células, la exposición a grandes cantidades de cannabinoides altera la función inmune (Zimmerman et al., 1977). Sin embargo, los estudios realizados por Nahas y presentados a la atención del senador Eastland (y más adelante en otras partes) sostenían que la exposición al cannabis dañaba las células humanas mediadoras de la inmunidad (Nahas et al., 1974). Esas afirmaciones y las citas de los primeros informes de Nahas fueron reactivadas por la aparente relación, en los años 80, entre el uso de drogas y la infección por VIH. Pero una variedad de estudios, realizados tanto antes como después de la aparición del VIH, no confirmaron ningún impacto clínico de la marihuana sobre la función inmune (Lau et al., 1976; Kaslow et al., 1989)

Efectos endocrinos y reproductivos

En 1974 se comunicó al Comité Eastland un artículo en el que se podía asociar el cannabis a disminuciones de los niveles de testosterona debidas a unas anomalías morfológicas de los espermatozoides y a un funcionamiento sexual dañado (Kolodny et al., 1974). Ésto nunca fue confirmado. Algunos estudios hallaron los mismos resultados en cuanto a una pequeña disminución de testosterona (aunque no en concentraciones anormales). Pero, en todo caso, no ha habido ninguna confirmación de la disminución de la producción de espermatozoides o de disfunciones sexuales en los consumidores. Otros estudios, realizados aun más tarde, cuestionan las afirmaciones de disminución de testosterona; los estudios originales deben haber malinterpretado las habituales fluctuaciones de la testosterona en suero. (Mendelson et al., 1974 ; Abel, 1981).

Aunque el consumo de marihuana ha demostrado correlacionarse con bajo peso en el nacimiento (Linn et al., 1983) es difícil separarlo de otros factores, incluyendo el consumo de

tabaco y alcohol. La falta de una asociación clínica definida entre el consumo de cannabis y la anormalidad fetal no significa que no se vayan a producir serios daños; sin embargo, actualmente no se ha demostrado ninguna asociación entre la toma de cannabis y daños en el feto humano.

Daños cerebrales y psicopatología

Desde hace algún tiempo, cada posible aberración del comportamiento (ataques de pánico, estado de desmotivación, síndromes orgánicos cerebrales agudos, paranoias, psicosis, violencia) ha sido atribuida al cannabis. Las perspectivas de Eastland ayudaron a difundir la creencia de que el cannabis provocaba un comportamiento de ausencia de implicación y de compromiso llamado “síndrome de falta de motivación” (Kolanzky & Moore, 1972). Sin embargo, ha habido muy poco respaldo científico a cualquier efecto sistemático sobre el comportamiento, incluyendo la motivación, y ningún estudio que utilizara un grupo control. No ha habido tanta publicidad sobre los informes de relación entre el uso del cannabis y el rendimiento académico adecuado (Goode, 1971) o la asociación entre el consumo moderado de cannabis y los cambios positivos de vida (no centrado sobre un consumo importante o la abstinencia) (Schelder & Block, 1990). De hecho, la “psicopatología”, el comportamiento no convencional o el furor adolescente predispondrían más a un consumo importante de cannabis que éste a psicopatologías, comportamientos no convencionales o a furores adolescentes (Halikas, Goodwin & Guze, 1972).

El efecto agudo del cannabis y su persistencia

Los efectos agudos inducidos por el cannabis sobre la percepción, cambios psíquicos, el estado de ánimo y el entendimiento son variables, la dosis necesaria para producir estos efectos viene definida en cierto grado tanto por la experiencia previa como por las expectativas (Hollister, Overall & Gerber, 1975). Algunos individuos experimentan al mismo tiempo una “subida” eufórica asociada con alteraciones de los sentidos, de la percepción y del proceso habitual del pensamiento, y otros no la sienten. La función psicomotriz, como por ejemplo conducir un coche, queda dañada si las dosis son bastante altas y la tarea bastante difícil. En todo caso, estudios sobre niveles de dosis bajas no han demostrado daños apreciables en la realización de tareas, más bien algunas mejorías en ocasiones. Por ejemplo, en ciertos experimentos de conducción en circuito cerrado, los consumidores se volvieron excesivamente prudentes y no tomaron ningún riesgo que pudiesen hacer bajar sus marcas finales (Klonoff, 1974).

Creemos que el consumo excesivo de cannabis puede estar asociado con el deterioro social y motor y que los consumidores deben ser responsables de las consecuencias de su modo de conducir o de cualquier otro acto arriesgado. Esas responsabilidades no disminuirían bajo el uso del cannabis, si no que podrían aumentar de manera apropiada.

La mayoría de los estudios pioneros sobre el cannabis fumado apuntan que un simple cigarrillo o porción de éste produce de 2 a 3 horas de efecto. En un estudio no cruzado sobre el efecto del cannabis en el que éste efecto se evaluaba solicitando a los sujetos que realizaran unas tareas con ordenador, se concluyó que dicho efecto desaparecía tres horas después de haber fumado (Dauncy, 1989). Ese tipo de estudio paralelo y entre sujetos puede ser más fiable que otros estudios en los cuales se compara el comportamiento de un sujeto bajo los

efectos de la droga y bajo los efectos de un placebo. Sin embargo, se ha de considerar que los consumidores experimentados son raramente engañados (saben cuando se les ha administrado la droga y cuando el placebo) por lo que el estudio no está verdaderamente controlado. En el estudio de Dauncy se analizó a un gran número de individuos después de haber tomado placebo o varias dosis de cannabis.

Recientemente se ha generado una publicidad significativa a partir de un estudio no controlado utilizando un simulador de vuelo de avión que indicó la persistencia de algunas alteraciones de la percepción inducidas por el cannabis 24 horas después de haber fumado (Yesavage et al., 1985). Pero en una repetición del estudio, utilizando, esta vez, un grupo control, los autores no pudieron encontrar efectos que persistieran más allá de 4 horas (Leirer, Yesavage & Morrow, 1989). En todo caso, en una tercera publicación, los mismos autores renovaron sus afirmaciones sobre algunos efectos 24 horas después (Leirer, Yesavage & Morrow, 1991)*. La segunda y la tercera publicación de la serie de estudios con simuladores de vuelos suscitaron poco interés, pero el primer estudio es aún citado con frecuencia.

Consecuencias pulmonares

El hecho de que en Occidente casi todo el cannabis se consuma por combustión e inhalación ha provocado mucha preocupación por los posibles efectos sobre el sistema pulmonar. Forest Tennant presentó un informe descriptivo de los daños pulmonares al Comité Earstland; previamente había descrito la bronquitis y otros problemas encontrados en fumadores de hashish jóvenes que también consumían tabaco (Tennant et al., 1971). Los intentos para evaluar el impacto del cannabis fumado han sido complicados a causa del consumo concomitante de tabaco fumado por la mayoría de los consumidores. Así mismo, el empleo habitual de profundas inhalaciones y de la retención de la respiración, por parte de los fumadores de cannabis, aumenta el depósito de partículas *per* cigarrillo y podría aumentar los riesgos. Sin embargo, la diferencia entre los cigarrillos fumados a diario por el fumador empedernido (40-60) y el fumador empedernido de cannabis (4-5) disminuye probablemente el riesgo pulmonar. Más aún, solamente un pequeño número de fumadores de cannabis son fumadores empedernidos. Las características de los efectos del cannabis permiten su uso ocasional cosa que, debido a las características del tabaco (provoca en los fumadores la necesidad de nicotina a intervalos frecuentes), es altamente improbable entre fumadores de tabaco. Hay una aceptación general del hecho de que ni la nicotina ni el Δ -9-THC son patógenos pulmonares. Los peligros del fumar se remiten a la concomitante inhalación de los hidrocarburos de una planta quemada, un material que causa tanto inflamaciones pulmonares como enfermedades cancerígenas.

Desde 1983, un grupo de científicos clínicos de Los Ángeles monitorizaron y compararon la función pulmonar de unos fumadores de cannabis, de unos fumadores de tabaco sólo y de un grupo de fumadores de ambas sustancias. La evaluación inicial incluía 144 fumadores de cannabis que fumaron 28 porros a la semana. El grupo de tabaco sólo y el grupo del consumo combinado fumaron, respectivamente, 28,9 y 18,8 cigarrillos al día. Para la comparación se

* El tercer estudio de simulador de vuelo utilizando el test de la *t* de Student de una cola identificó efectos estadísticamente significativos a las 24 horas. Creemos que la mayoría de los investigadores no asumen que la dirección de los cambios emergentes en la prueba pueden darse en una sola dirección y que eso es un uso inapropiado de la estadística. Un test convencional de dos colas indica ausencia de efecto estadísticamente significativo 24 horas después del consumo del cannabis.

utilizó un grupo control de no fumadores. Recientemente ha salido a la luz una revisión de este trabajo, citando trece publicaciones anteriores, (Tashkin et al., 1990). De forma resumida se puede decir que los resultados de este trabajo mostraron que los fumadores de cannabis sólo sufrían daños funcionales indicativos de dolencias en las grandes vías respiratorias en oposición a la dolencia característica de las vías periféricas y de las regiones alveolares de los fumadores de tabaco. Aproximadamente el 50% de los grupos asistieron a un nuevo examen dos o tres años después; el nuevo examen confirmó los datos anteriores. Apenas han habido cambios en una evaluación más reciente de los voluntarios de 1990 (D.P. Tashkin, comunicación personal, 1992). Los fumadores de cannabis demostraron tener también unos cambios anormales histopatológicos en las biopsias bronquiales en comparación con los no fumadores. A pesar de la preocupación, los cambios en las vías grandes no son indicativos de una progresión hacia una enfermedad pulmonar de obstrucción crónica y de enfisema.

Esos informes indican que la inhalación repetida de cannabis quemado está dañando al sistema pulmonar pero eso no parece ser un motivo para temer una lesión abrumadora de obstrucción crónica de los pulmones, típica de los fumadores de tabaco, aunque existe la posibilidad de una evolución cancerígena. Los fumadores de cannabis estudiados aquí son fumadores empedernidos y, desgraciadamente, no hay aparentemente otro estudio en curso. Ese relativamente pequeño grupo de fumadores de cannabis está siendo seguido también por un grupo financiado NIDA. Esos estudios documentan hasta cierto nivel la única perturbación biológica asociada al uso crónico de cannabis.

El trampolín de las drogas

El tema de esta sección, de hecho, no merece un encabezamiento separado salvo en términos de retórica. Dado que el uso del cannabis se relaciona con el consumo de drogas mucho más peligrosas, tales como la heroína y la cocaína, puede ser considerado como un “trampolín” a las drogas. Robert DuPont, con su libro *“Getting tough on gateway drugs”*, se hizo popular entre las fuerzas antidroga. Esa idea es coherente con la política dirigida tanto hacia lo simbólico como hacia lo sustantivo. El cannabis no es tan tóxico como la cocaína y la heroína; sin embargo, los jóvenes deben resistirse a él porque lleva al consumo de drogas duras. Parece ser un tipo de tentación que lleva a la ruina, como el hecho de frecuentar un lugar de quinielas.

La interpretación acusa al cannabis por ser el trampolín de las drogas porque la mayoría de los consumidores de drogas peligrosas empezaron al principio con el consumo de cannabis, de alcohol, cafeína, nicotina y benzodiacepinas. Todo consumo de drogas psicoactivas tiende a entrar en relación con otros consumos de drogas psicoactivas. Ese concepto de trampolín, en todo caso, parece que se asemeja al hecho de identificarse con la conducción lenta y de manera prudente como trampolín hacia el conducir de manera temeraria y sin respeto de las leyes. El conductor temerario siempre ha conducido de manera cuidadosa hasta cierto punto. ¿Cada cuánto una manera de conducir prudente precede a una manera de conducir temeraria y cuando, contrariamente, el conducir con cuidado provoca un estilo de conducción temerario?

Tal vez 60 millones de americanos ya han probado la marihuana moderadamente y más de dos tercios nunca han probado otra droga ilegal. El cannabis parece más ser más bien una puerta cerrada que una puerta en la que el uso señala el terminal de una experimentación de drogas ilegales. En la descripción de un grupo de consumidores de cocaína, Erickson y Alexander (1989) apuntaron que todos habían fumado cannabis antes de consumir cocaína; sin

embargo, el tiempo entre el primer uso del cannabis y el primer uso de cocaína era de ocho años.

El poder del cannabis

Durante apenas más de una década, el americano medio ha sido informado por un grupo de expertos sobre drogas de que la preparación contemporánea del cannabis es mucho más fuerte que el producto de cannabis de los años 70. En 1980 y en 1986, el *New York Times* editó extensos e importantes artículos debatiendo sobre la alta potencia del nuevo cannabis (Brody, 1980; Kerr, 1986). Si existe, ¿cual será el sentido y el impacto de esas preparaciones altamente potentes de cannabis?

Como norma general se asume que el cannabis que contiene 0.05% de Δ -9-THC por peso es efectivo; entonces un porro de un gramo debería contener 5 mg de Δ -9-THC. Incluso por vía oral, una cápsula de 2,5 mg de Δ -9-THC es terapéutica tanto frente a náuseas y vómitos como en términos de psicoactividad (incluso angustiosamente para algunos consumidores). Un porro conteniendo un 10% de Δ -9-THC debería contener 20 veces más de material psicoactivo (100 mg).

A menudo ha sido referido un 10% del cannabis (Mikuriya & Aldrich, 1988). Los antireformistas creen que un material tan potente debe provocar unos efectos no deseados y una toxicidad sorprendente pero existen pocas pruebas de que esa alta toxicidad exista debido, probablemente, a que el cannabis fumable proporciona un fácil método de autorregulación de la dosis. El comienzo del efecto del cannabis ocurre poco después de la inhalación y los fumadores pueden recibir muchas señales para su dosificación. Aunque la literatura médica tenga una información contrapuesta, un gran número de artículos recientes documentan que los fumadores inhalan dosis menos fuertes cuando están en presencia de un cannabis con una potencia mayor (Herning, Hocker & Jones, 1986; Heisman, Stitzer & Yingling, 1989). Por lo tanto, la potencia aumentada podría ser, de hecho, una estrategia de *reducción de daños*.

La patología pulmonar descrita antes no ocurre a causa de los canabiodios sino a causa de las partículas y de toxinas inhaladas asociadas al proceso de fumar. Un consumidor que regule su dosificación sólo debería inhalar menos para alcanzar el efecto deseado y, simultáneamente, reduciría los posibles problemas pulmonares. El método habitual de fumar el cannabis, tomando profundas inhalaciones y reteniendo la respiración probablemente no aumente la absorción de canabiodios (aunque tenga un impacto) tanto como aumente el depósito de partículas de hidrocarburos (Taskin et al., 1991).

En todo caso, el nuevo cannabis altamente potente es un mito. Existen preparaciones de cannabis muy potentes, incluso excediendo el 15%, pero esas calidades se encontraban al principio de los años 70. Las afirmaciones de los artículos del *New York Times* y de sus informadores estaban basadas en la financiación del NIDA de un proyecto de monitorización hecho por la Universidad de Misissipi. Los datos de Misissipi, sin embargo, indican que desde el principio de los años 80, la potencia del cannabis de los EE.UU. ha sido muy estable (Hawks & Walsh, 1990). Ese dato refleja la potencia actual del cannabis doméstico decomisado. Al principio de los años 70, cuando empezó el proyecto del seguimiento solamente se analizaron unas pocas muestras de las capturas "importadas" de la DEA. En esas capturas predominaba un material mejicano, *kilobrick*, de baja potencia (El Sohley et al., 1984). La comparación entre el material doméstico de 1980 que excedía el 3% de Δ -9-THC con menos de 15 capturas de material mejicano en 1974 con menos de 0,4% de Δ -9-THC nos lleva a concluir que la

supuesta alta potencia del nuevo cannabis de la que informaba el *New York Times* y el servicio telegráfico de reporteros, era falsa. Estas comparaciones inapropiadas pueden haber sido hechas por error, pero reflejan los deseos de los medios de comunicación, incluyendo a Robert DuPont, Sydney Cohen y Richard Hawks, empleados federales antidrogas, del pasado y del presente, de calificar el “nuevo” cannabis como altamente peligroso.

El impacto de la reforma del cannabis

No existe ningún consenso sobre lo que quiere decir “despenalización” pero, en la práctica, nunca se ha referido a la total eliminación de toda sanción criminal por el cultivo, la posesión o la venta del cannabis. En los EE.UU., en los años 70, era habitual obtener la reducción de las penas por posesión de pequeñas cantidades de cannabis con otros castigos que no eran el encarcelamiento. El análisis de la “despenalización” se centra sobre el impacto de la reducción de penas, no sobre su eliminación.

Los que apoyan el castigo penal por la posesión de cannabis creen que tales leyes sirven para disuadir el consumo. Sin embargo, las pruebas para confirmarlo son mínimas. En EE.UU. se ha producido un aumento importante del consumo de cannabis a pesar de la aplicación de medidas muy punitivas. Aunque algunos no-fumadores de cannabis puedan citar el miedo al castigo, es poco probable que un efecto significativamente disuasorio pueda existir cuando el riesgo de detección y de castigo es tan bajo. En esos últimos años, la detención por penas de cannabis de unos 300.000 americanos al año ha requerido dinero y compromiso por parte de la policía (Gettman, 1991). Sin embargo, eso representa probablemente menos de 1 persona fuera de circuito por cada 100 consumidores anuales.

Antes de los años 60 cualquier consumo de cannabis era fácilmente condenado como una amenaza y se identificaba con un grupo social de bajo nivel y una minoría muy pequeña vanguardista. Posteriormente, la evolución de la percepción de que el consumo moderado no era terriblemente peligroso, reflejó un aumento del consumo de la clase media. El concepto de que esta droga no debía ser confundida con las drogas más duras fue amparado en el Informe de 1972 de la Comisión Nacional (The Schaffer Commission) (Anónimo, 1972): “El consumo experimental o intermitente de esta droga conlleva unos riesgos mínimos para la salud pública y no se le debe prestar demasiada atención” (p.91).

En los años 70 hubo muchos intentos para reformar la ley del cannabis en los EE.UU. El movimiento estaba exacerbado no solamente por la opinión de que el consumo ocasional causaba un daño mínimo, sino también por la evaluación de los costes del aumento de la aplicación de la ley, gastos de justicia y de encarcelamiento. Por el año 1978, once Estados, que suponían una tercera parte de la población americana, eliminaron el encarcelamiento como castigo por penas relacionadas con el cannabis. Otros trece Estados han tomado medidas para una pena condicional y doce para borrar de los archivos penales las penas por posesión cuando han sido la primera condena del individuo. No existen datos sistemáticos sobre los efectos de esos cambios pero se realizó un cierto número de pequeñas encuestas: En el estado de Ohio, la despenalización (promulgada en 1975) fue acompañada del 6% de aumento del consumo entre 1974 y 1978 entre los de 18 a 24 años (Spitzner, 1979). Una encuesta similar llevada a cabo en California relevó un aumento de un 7% en los 11 meses anteriores y posteriores a la despenalización.

Los autores de esos documentos creen que esos modestos aumentos se produjeron al mismo tiempo que los aumentos registrados en Estados que no despenalizaron. Eric Single, en

una evaluación realizada a partir de una encuesta nacional realizada entre 1972 y 1977, notó que el consumo era más alto en los Estados que no habían elegido la despenalización *antes* y *después* de los cambios en las leyes. Los Estados que moderaron sus castigos después de 1974 conocieron pequeños aumentos de las tasas de consumo de cannabis. De cualquier modo, el aumento del consumo de cannabis era mayor en los que no escogieron la despenalización y el mayor aumento ocurrió en aquellos donde existían penas más severas (Single, 1989).

Algunos datos fueron recopilados también por la encuesta anual de la High School Senior. En 1981, ese proyecto hizo un estudio sobre el consumo y las actitudes en los Estados que habían despenalizado el consumo frente a los otros Estados que no lo habían hecho. No hubo evidencia alguna de que el consumo de cannabis en cualquier Estado se alterase por el estatus ante la legalidad que tuviese la sustancia. Más aún, esa encuesta reveló que el declive nacional del consumo de cannabis, que empezó en 1979 y sigue hasta la fecha, no se modificó ni en los Estados que despenalizaban ni en los que no despenalizaban (Johnston, O'Mally & Bachman, 1981).

Actualmente, hay un fuerte movimiento para volver a penalizar el cannabis en Alaska, donde se encuentra la policía más liberal de EE.UU. La Corte Suprema del estado declaró y reafirmó que una fuerte ley de intimidad en la Constitución de este Estado impide la intrusión del Estado en el domicilio privado para buscar pruebas de consumo (y de almacenamiento) de cannabis. Aunque la venta y el consumo en público sean ilegales, el consumo en casa no lo es. El Estado de Alaska no está incluido en las dos grandes encuestas financiadas por NIDA basadas en el auto informe sobre el consumo de drogas; la encuesta Household y la encuesta de la High School Señor. Por ese motivo, la poca documentación previa sobre el consumo en Alaska ha sido útil. Unos estudios recientes hechos por Segal relatan que los habitantes de Alaska consumen más cannabis que sus homólogos de los Estados continentales (Segal, 1989). Los habitantes de Alaska que están a favor de volver a penalizar la marihuana (el ARM) apuntan hacia este predominio con alarma y lo utilizaron efectivamente en un referéndum para votar por la penalización (Egan, 1991).

La relativamente alta prevalencia del consumo de cannabis entre la juventud del Estado de Alaska se observa en todo consumo de drogas psicoactivas (legal o ilegal). Los habitantes de este Estado aventajan a los Estados vecinos en su capacidad de auto informe sobre el consumo, entre otros, de cannabis, cocaína, LSD y nicotina. No está claro que el alto predominio de consumo en Alaska esté en relación con la ley. Segal cree que el alto predominio de todo consumo de droga psicoactiva en Alaska tiene que ver con una mentalidad de frontera por lo que es poco probable que un cambio en la ley redujera el consumo de drogas entre los jóvenes de Alaska.

Los beneficios de la reforma

La reforma legal respecto al cannabis podría producir importantes ahorros en los costes de la aplicación de la ley y los procesos judiciales en relación al cannabis. La mayoría de los Estados que despenalizaron han conocido entre un 30% y un 40% menos de arrestos por posesión así como un marcado declive de las tasas de encarcelamiento. Por ejemplo, el coste total atribuible a las medidas para el cumplimiento de la ley en California ha bajado de 17 millones de \$ durante la primera mitad del año 1975 hasta 4,4 millones de \$ durante la primera mitad del 1976 (Aldrich & Mikuriya, 1988).

En 1990, el Gobernador del Estado de Ohio, Richard Celeste, debatió en público un plan legislativo de Estado para volver a penalizar el cannabis. Aunque cuidadoso en su lenguaje, Celeste señaló que el coste para restaurar la ley del cannabis era muy alto. Describió la limitación de los recursos de la justicia criminal y señaló que volver a la penalización requería una desviación de dichos recursos que provocaría una desatención de las tareas de vigilancia y persecución de las drogas más duras y de otros crímenes. La asamblea legislativa del Estado de Ohio no volvió a hablar de la penalización.

Los holandeses

Los antiprohibicionistas citan a los holandeses en todas las discusiones sobre los beneficios de la reforma de las drogas. Los holandeses han creado numerosos planteamientos pragmáticos de las políticas de drogas, que no relacionan la legislación con los controles del efecto social.

El Código de Procedimiento Criminal holandés contiene un principio instructivo que autoriza al Departamento de Acusación Pública de abstenerse de instruir procedimientos criminales si existen otros intereses públicos en consideración. Aunque el cannabis siga siendo ilegal *de jure*, la policía no emprende ninguna acción para detectar la posesión para uso personal o la venta en pequeñas cantidades. La posesión de hasta 30 gramos de cannabis es *de facto* legal. La venta de cannabis es tranquila en los *coffeshops* autorizados, donde sin embargo, la venta y el consumo de alcohol está prohibido. Estas tiendas están bajo control de monitores de video para disuadir de la venta de otras drogas o de cantidades más grandes, o la venta a menores.

Los holandeses creen que esta política ha efectivamente separado el mercado del cannabis del mercado de otras drogas más duras. Existen más de 300 *coffeshops* en Ámsterdam donde se puede vender cannabis y existen tiendas del mismo tipo en La Haya, Róterdam y otras ciudades. Esos cambios de 1976 no han sido seguidos por un aumento del consumo del cannabis entre los holandeses. En 1976, el 13% de los chicos de entre los 17-18 años había fumado hashish o marihuana en algunas ocasiones. En 1985, el porcentaje de consumidores esporádicos de cannabis en esa franja de edad había disminuido hasta un 6% (Ministerio del Bienestar, de la Salud y Asuntos Culturales, 1985).

Una encuesta realizada en Holanda en 1991 (Wijngaart, 1991), indicaba que el 12% de los alumnos de las escuelas secundarias habían usado alguna vez cannabis. Esta cifra, en comparación con el 59% de los encuestados por el HSSS en los EE.UU., es baja (Johnston, O'Mally & Bachman, 1991). El consumo actual (mensual) entre los estudiantes de secundaria de los Países Bajos es sorprendentemente más bajo que en los EE.UU.: un 5,4% y un 29% respectivamente (Wijngaart, 1991). A pesar de la despenalización del cannabis en Holanda, no ha habido una expansión de su consumo. El cannabis ha sido normalizado y sus consumidores no son arrestados, ni tampoco socialmente marginados. La decisión de consumir o no cannabis se parece a la de tomar, o no, cafeína, y la venta de cannabis tiene pocas relaciones con la venta de otras drogas ilegales; existe un mercado negro de cannabis en pequeñas cantidades en los Países Bajos fuera de los *coffeeshops*.

El Sur de Australia

El anuncio de la entrada en vigor del Sistema de Expiación del Cannabis en el sur de Australia tuvo lugar el 30 de abril de 1987. Según ese sistema, los adultos a los que se les encuentran pequeñas cantidades de cannabis (menos de 100 gramos de marihuana o 20 gramos de hashish) reciben como consecuencia un aviso de expiación (una citación). Si la multa es pagada dentro de 60 días, el delito no va a juicio y ninguna declaración de culpabilidad será archivada*. De acuerdo con los resultados de una serie de encuestas realizadas a escolares (13-16 años) entre 1986 y 1989 que fueron comparados con una encuesta de control del estado (unas encuestas domésticas sobre el consumo de drogas de la población en general que se realizaron también en todo el país en 1985 y en 1988 por la Campaña Nacional Contra el Consumo de Drogas (NCADA) y comparaban el sur de Australia con otros estados) las tasas del consumo de marihuana no han cambiado en el sur de Australia desde la introducción de ese sistema.

Todas las encuestas señalaron que no había habido ningún cambio, en el sur de Australia, en las tasas del consumo de cannabis asociado a la introducción de unas multas al contado y no hubo diferencias significativas en las tasas de consumo entre el sur de Australia y los otros estados australianos que no cambiaron la legislación del cannabis (Christie, 1991).

El uso médico del cannabis en los EE.UU.

En los EE.UU. varios problemas convergen en el marco del debate acerca del uso médico del cannabis. El prolongado desafío legal hacia el listado de la DEA del cannabis como droga peligrosa sin utilidad médica en el Plan 1 de la ley sobre Substancias Controladas ha tenido algún éxito pero no ha alcanzado ninguna meta. La disponibilidad de la cápsula legal de Δ -9-THC para el tratamiento de la náusea y de los vómitos se ha extendido recientemente a otros usos y el peculiar programa americano de suministro de cannabis para fumar, desarrollado en una granja con financiación federal, en Misissipi, ha sido recientemente reducido.

Dronabinol

Una compañía americana de drogas recibió una aprobación en 1986 para poner en el mercado cápsulas de 2.5, 5.0 y 10 miligramos de Δ -9-THC sintético disuelto en aceite de sésamo. Esta decisión surgió de la evidencia de que el cannabis y el Δ -9-THC eran efectivos en el tratamiento de la náusea y de los vómitos debidos a los efectos secundarios al uso de agentes quimioterapéuticos contra el cáncer (Sallan, Zinberg & Frei, 1975). El producto tiene el nombre genérico de *dronabinol* y está a la venta bajo el nombre de fabrica de *Marinol*. Hasta hace poco, las ventas brutas eran adecuadas para el comercio continuo (aproximadamente unos 8 millones \$ por año). El dronabinol está estrictamente controlado y registrado como un producto de alto potencial de abuso. Sin embargo, desde que entró en el mercado, no ha habido pruebas de ningún desvío importante hacia la venta ilegal. El sistema de control de prescripción de drogas americano no impide el uso de ninguna droga aprobada por la FDA

* Un grupo musical americano de country-rock llamado Barefoot Jerry grabó una vez una canción sobre un aviso de expiación. Se llamaba *Tokin' Ticket*.

para indicaciones “no etiquetadas”. Cuando el FDA aprueba el comercio de una medicina, se aprueba un etiquetado específico de indicaciones por las cuales el fabricante ha sometido a pruebas de eficacia aceptables y que debe de anunciar. A pesar de un etiquetado tan restrictivo, los médicos, a menudo, empiezan a prescribir estas nuevas medicaciones para otras indicaciones.

El propranolol fue comercializado para tratar las arritmias pero los médicos lo usan para las anginas y la hipertensión. El fabricante de propranolol hizo últimamente una nueva aplicación de la droga para esas indicaciones. La prescripción para indicaciones no etiquetadas es común y correcta porque el uso clínico apropiado puede surgir mucho antes de que el fabricante haya aportado pruebas y lo haya aplicado.

El uso de Marinol está indicado solamente en el caso de náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia. ¿Pueden los médicos usarlo para otras posibles indicaciones? ¿Pueden prescribirlo para el glaucoma, la migraña, la espasticidad, el aumento del apetito, los dolores de menstruación, las náuseas y los vómitos secundarios a otras causas? De una manera inusual, la U.S. Drug Enforcement Agency (DEA) intenta reducir en particular el uso del Δ -9-THC oral fuera de la única indicación de su etiqueta. En una nota del US Federal Register, advierten a los médicos que las prescripciones fuera de etiquetado pueden ser interpretadas como motivo de indagación del prescriptor (Federal Register, 1986). Esa amenaza posiblemente no tiene fundamento legal pero puede alcanzar la propuesta de la DEA*.

El Dronabinol, el Δ -9-THC legalmente disponible, se ha convertido en parte de un debate más largo en relación al cannabis y a la medicación en los EE.UU. Efectivamente, en 1976, Robert Randell demandó al Gobierno de los EE.UU. por no permitirle el acceso a la medicación requerida. Randell, con el apoyo de su oftalmólogo, argumentó que fumar cannabis rebajaba la presión intra-ocular y que era terapéutico para su glaucoma. Su victoria llevó al establecimiento de un programa de drogas para uso compasivo a través del cual, en 1992, aproximadamente una docena de pacientes recibieron legalmente cigarrillos estandarizados de cannabis procedentes de una granja federal de cannabis establecida por la Universidad de Misissipi. Esos individuos, con la ayuda de sus médicos, recurren al cannabis médico para el glaucoma, las enfermedades neurológicas con espasticidad y para las desmejoras producidas por el VIH.

Las desmejoras relativas al VIH y el cannabis

El uso del cannabis para fumar para tratar las náuseas y los vómitos relativos al sida y al tratamiento AZT se ha vuelto un tema ampliamente debatido en los EE.UU. Además de los efectos contra la náusea, el uso del cannabis puede, además, provocar el apetito. El porcentaje de aplicación de dicho programa ha sido recientemente incrementado por los pacientes del sida. Sin embargo, en marzo de 1992, un diputado secretario y físico del DHHS, James Mason, anunció el final del programa de cannabis para fumar, aunque prometió que aquellos que habían sido autorizados anteriormente podrían seguir recibiendo su cannabis. Mason había citado previamente la posible mala conducta sexual de los individuos con VIH con relación a su uso del cannabis (Isikoff, 1991). Él y otros habían justificado la reducción del programa en base a la disponibilidad de dronabinol, a pesar del reciente intento de la DEA de amenazar a los médicos que deseaban prescribirlo más ampliamente.

* En respuestas a las encuestas, el US Department of Health & Human Services (DHHS) ha enfatizado que el dronabinol puede, como cualquier otra medicina comercializada, ser prescrita para aquellas indicaciones no registradas en la etiqueta y que aquel que lo prescribe crea clínicamente apropiadas (Chow, comunicado personal).

En diciembre de 1992, la Unión de Farmacéuticos (Unimed Pharmaceuticals) recibió, por parte de la FDA, la aprobación para una nueva indicación en el etiquetado del dronabinol; la desmejora relativa al VIH. Su experiencia con el uso de esa pequeña cápsula en pacientes afectados por el VIH ha sido relatada (Plasse et al., 1991). El estudio, refiriéndose solamente a unos pocos pacientes, presentaba un modesto aumento de peso en algunos pero aportó documentación respecto a que había sido previamente anecdótico. Existen razones para creer que algunos funcionarios de los EE.UU. esperan anticiparse al uso médico del cannabis para fumar apoyando el uso de dronabinol en cápsulas. Sin embargo, el movimiento político americano hacia el suministro de cannabis para fumar es más fuerte que nunca.

En 1988, un pleito requiriendo la reprogramación de la marihuana, propuesta por la Alianza para el Cannabis Terapéutico, la Fundación para Políticas de Drogas y la Organización Nacional para la Reforma de las Leyes sobre la Marihuana (NORML) fue, aparentemente, un éxito en el reto de la Ley de Substancias Controladas (Young 1988): aunque el juez administrativo estuvo completamente de acuerdo con los demandantes de que el cannabis para fumar tiene una utilidad médica, la DEA tiene el poder sobre la ley de ignorar tales decisiones administrativas y por eso siguieron haciéndolo (Registro Federal, 1989).

Muchas personas que sufren náuseas y vómitos, y sus médicos, bien podrían decidir que tragar una cápsula podría no ser la mejor elección para un tratamiento que, de hecho, provoca vómitos. En una respuesta reciente a una encuesta mandada por correo a oncólogos americanos, cerca del 50%, plantean que recomendarían fumar cannabis ilegal a sus pacientes en quimioterapia y, de hecho, más del 40% ha recomendado el cannabis ilegal para este propósito (Doblin & Kleiman, 1991). La mayoría de aquellos que sufren una desmejora relativa al VIH consumen cannabis para fumar pero es un material ilegal y por lo tanto su uso es regularmente debatido en los grupos de apoyo a los pacientes con sida, por los activistas del sida y por los médicos dedicados a los pacientes con sida. Los americanos de FDA (al menos algunos del equipo) también expresaron estar dispuestos a considerar la realización de un estudio adecuado sobre el cannabis para fumar con miras a diseñar una nueva aplicación de dicha droga.

Conclusiones

El enfoque de la reducción de daños para el cannabis, esbozado a grandes rasgos, debería incluir lo siguiente: la ley de reforma del cannabis es esencial tanto si esta reforma lleva a la legalización, a la expiación o a una hipocresía comprensiva en la cual las leyes existentes son ignoradas. Una reforma de tal amplitud permitiría ahorrar los importantes gastos que actualmente provocan la aplicación de la ley del cannabis, y podría liberar los recursos de la justicia penal de ocuparse de lo que está probado sin daño para la comunidad ni para el orden público.

Bajo algunos sistemas de reforma la exploración científica del cannabis como medicina y como indulgente psicoactivo preferido podría tener lugar. El desarrollo de bebidas de cannabis, pastillas, parches epidérmicos o de otras presentaciones debería ser apoyado para disminuir posibles problemas pulmonares. El Δ -9-THC en aerosol ha sido probado en seres humanos pero con la concentración empleada utilizando un portador de alcohol provocó tos en la mayoría de los sujetos y espasmos bronquíticos en algunos sujetos asmáticos. Empleando un filamento de cobre calentado, los científicos recientemente han podido separar con éxito del Δ -9-THC un vapor sin las irritaciones citadas anteriormente (Tashkin, D.P., comunicado personal).

Tales experimentos pueden señalar la utilización del Δ -9-THC en inhalación como dilatador de los bronquios* o la entrega de material bajo una forma que se pueda “fumar” para un propósito médico y de ocio más sano.

Recomendamos enérgicamente que la educación pública intente disminuir al mismo tiempo el uso del tabaco y del cannabis por combustión. También insistimos en recomendar que los fumadores de cannabis dejen la costumbre de inhalar hondo y de retener el humo lo que facilita el depósito de partículas sin aumentar notablemente la liberación de Δ -9-THC. La reducción de daños incluye también un compromiso de educación hacia los jóvenes usuarios sobre el carácter y los peligros de una intoxicación aguda y los efectos extremos del cannabis. Algunos de los millones de dólares gastados por el gobierno Federal de EE.UU. en promover una prohibición fútil llamándola educación, podrían servir para enseñar a los jóvenes cómo controlar los efectos sin peligro.

Los datos obtenidos de varios países indican que la reforma del cannabis viene desgraciadamente seguida de una explosión del uso. Una reforma de este tipo desembocaría en el ahorro de gastos significativos para el sistema de justicia penal y una profunda reducción en la criminalización dañina de la mayoría de los usuarios.

* Dado que el Δ -9-THC es un dilatador de los bronquios, algunos han temido que pudiera aumentar los efectos de irritación asociados al tabaco. El efecto dilatador de los bronquios en las vías mayores puede ayudar el depósito más hondo de partículas de tabaco en el árbol respiratorio y acelerar el impacto del tabaco fumado en las pequeñas vías y en la función alveolar

CAPÍTULO 17

ÉXTASIS EN EL REINO UNIDO: DROGA DE OCIO Y CAMBIO SUBCULTURAL

PETER McDERMOTT, ALAN MATTHEWS, PAT O'HARE y ANDREW BENNETT

“Puedes ser tú mismo... ¡yeah!”

El MDMA o éxtasis es miembro de la familia de las feniletilaminas, relacionado químicamente tanto con la mescalina como con las anfetaminas. En consecuencia, está a menudo descrito como estimulante y/o alucinógeno, cuando, de hecho, no es ni uno ni otro. Los informes subjetivos nos señalan que tras consumir una dosis activa de esta droga, no existe pérdida de control o de contacto con la realidad. El efecto primario se produce sobre el estado de ánimo. Se ha argumentado que la actividad de esta droga es tan diferente de las demás que merece una nueva categoría tipológica (Nicholas, 1986). Para esta nueva categoría se han propuesto los términos de “empatogena” (palabra creada para designar el efecto de empatía) y “entactogena” (que significa tocar dentro).

La primera referencia sobre el MDMA dirigida al gran público en el Reino Unido, apareció en un artículo de la revista *The Face*. Se relataba el uso de esa droga por parte de un pequeño grupo de gente que trabajaba en el mundo de los medios de comunicación, de la música *pop* y de la industria de la moda, que viajó a los Estados Unidos de donde trajeron pequeñas cantidades de la droga para su consumo personal (Naysmith, 1985).

Al cabo de unos dos años, el escenario del MDMA había crecido lenta y regularmente. Dos discjockeys londinenses se fueron a Ibiza en el verano de 1986 y volvieron con un nuevo estilo de música de baile –creada por los propios discjockeys– que se empezó a conocer como *Balearic Beat*, o sea “Ritmo Balear”, (Kaplan et al., 1989). El nuevo estilo consistía en la mezcla de música disco de finales de los años 70 y de principios de los años 80 con las últimas mutaciones de sonidos llegados desde Chicago (*House*), Nueva York (*Garage*) y Detroit (*Techno*). Utilizando las modernas tecnologías musicales, tales como *samplers*, secuenciadores y sintetizadores, los discjockeys empezaron a crear una nueva forma musical que los aficionados de las discotecas consideraron que se adaptaba perfectamente a los efectos de la droga. La combinación éxtasis / discoteca empezó a extenderse lentamente desde la élite del mundo de la industria de la moda y de la música hasta 1991, cuando el escenario *rave* (“delirio”; como se empezó a llamar esta subcultura) era ya, posiblemente, la subcultura juvenil más importante que Gran Bretaña haya visto nunca, una subcultura íntimamente mezclada con el uso del éxtasis.

Los efectos de la droga estaban llegando a ser algo estrechamente relacionado a los artefactos de esa reciente subcultura emergente. Por ejemplo, una de las canciones que fue ampliamente escuchada en las discotecas en el año 1989 se llamaba *Express Yourself* (“Exprésate”) y da algunas pistas sobre el sentido de la experiencia para la gente joven. El gancho lírico proclamaba *You can be yourself, yeah, yeah* (“Puedes ser tú mismo, yeah, yeah”). Aunque para los que no han vivido la experiencia esto puede parecer trivial, la mayoría de la gente que las consumía sentía que esa capacidad de despojarse de las inhibiciones permitía a uno ser quien era realmente, sin miedo o vergüenza, lo que se señalaba como la cualidad más gratificante de la droga. Mientras otras drogas como el alcohol o el LSD producen cambios dramáticos en la psique, el éxtasis permitía a la gente sentirse sencillamente ella misma, aceptarse a sí mismo y aceptar a los demás.

Ese curioso sentido de libertad surgido de un colectivo de individuos químicamente liberados hizo que las discotecas fueran muy atractivas, no solamente para los adolescentes, si no también para gente de todas las edades. Cuando se tomaba la droga en una discoteca con otras 2.000 personas, producía el sentimiento de estar emocionalmente sincronizado a la muchedumbre, una noción amplificada por el uso que hacía el discjockey de la música y de los efectos luminosos. La gente describía que podían tener contacto visual con los demás, en vez de mirar hacia otro lado con vergüenza o sensaciones agresivas (del tipo “¿a quién coño crees que estás mirando?”), se sentían como parte de una comunidad, aunque estuviera basada en la química.

Desde 1987, todas las discotecas del Reino Unido fueron testigos de alegres explosiones de abrazos y besos masivos. Un acto popular era recibido por 2.000 pares de brazos levantándose en el aire, como si todo el mundo quisiera cogerse de la mano, balanceándose ingenuamente y cantando. Dado el contraste de estas vivencias con las realidades cotidianas, no es sorprendente que la experiencia de la droga y de dicho escenario haya cobrado tanta importancia en la vida de muchos jóvenes.

“Algo está ocurriendo aquí, pero no se sabe el qué...”

Los dos primeros autores de este capítulo empezaron a interesarse en el fenómeno a finales de 1988, cuando tuvieron acceso a una cadena radiofónica juvenil que estaba comprometida con la droga. Dedicaron mucho tiempo durante los dos años siguientes a estudiar ese grupo y el escenario “rave”, investigación que llevó a la producción de un documental televisivo (“E is for Ecstasy”, *Everyman*, BBC1).

Durante el transcurso de esa investigación, nos dimos cuenta de que había un número creciente de problemas asociados a esta droga. Habiendo leído la mayoría de los textos publicados disponibles sobre ella, pensamos que parecía ser bastante segura. Sin embargo, el marco y las condiciones en las cuales la droga era utilizada en los EE.UU., donde la mayoría de las investigaciones habían sido desarrolladas, eran muy diferentes de la manera en la cual se estaba empezando a utilizar en Gran Bretaña.

En América, la droga había llamado la atención de un pequeño grupo de gente comprometida a seguir llevando una investigación seria sobre drogas psicodélicas tales como Pihkal (Shulgin & Shulgin, 1992), el LSD (Stephens, 1987), y otros. A causa de las propiedades peculiares del MDMA, ese grupo consideró esta droga como un complemento útil para realizar psicoterapias, lo que fue un secreto muy bien guardado durante mucho tiempo. Aunque la droga hiciera eventualmente la transición desde el despacho del terapeuta a la calle, la manera de usarla en los EE.UU., y los grupos que la utilizaban, eran muy diferentes de este nuevo modelo de uso que estaba apareciendo en el Reino Unido (O’Rourke, 1985; Rosenbaum et al., 1989).

En 1989, el Reino Unido vivió su primera muerte asociada al éxtasis. Aunque se creyó que ese primer caso fue una reacción idiosincrásica, posiblemente una alergia, a medida que el número de usuarios de esa nueva droga iba creciendo, el número de reacciones adversas también crecía. Esta investigación, combinada con el creciente número de preguntas telefónicas al *Mersey Drug Training and Information Centre* (MDTIC - Centro de Formación y de Información sobre Drogas de Mersey), señalaban la necesidad de información sobre los efectos y riesgos del éxtasis y de otras drogas asociadas al mundo de las discotecas. En septiembre de 1991, la *Mersey Regional Health Authority* (Autoridad Sanitaria regional de

Mersey) decidió encargar una campaña de información centrada en los usuarios de éxtasis (McDermott et al., 1992).

En el momento en que la campaña era concebida, la droga no había despertado ningún interés en los servicios sanitarios o en los equipos de tratamiento de drogodependencias del Reino Unido. Aparte de los estudios americanos, hechos en otros contextos, toda la experiencia sobre los efectos y los riesgos de esa droga surgían de los miles de usuarios que transmitían sus experiencias individuales y colectivas. Varios gobiernos encargaron anuncios televisivos sobre los “temores de la droga” que fueron emitidos en 1989-1990 y la mayoría de los usuarios de éxtasis que nos dijeron haberlos visto no pensaron que fueran representaciones creíbles de la droga, de la subcultura o de los riesgos potenciales. La mayoría de los que fueron entrevistados no creen que el uso de la droga les haya podido crear algún problema serio, piensan que a menudo sienten que la falta de una información rigurosa sobre la droga, y su estatuto ilegal, eran problemas en sí. Los servicios de drogodependencias seguían ocupados con sus clientes cotidianos, los usuarios de opiáceos, y la mayoría pasó totalmente de hacer cualquier intento para entrar en contacto con este grupo. De hecho, muchos de los que estaban implicados en el campo de las drogas eran totalmente inconscientes del problema. Por otro lado, los servicios de drogodependencias estaban para atender a los “adictos”, mientras que este grupo solamente utilizaba las drogas de manera recreativa durante los fines de semana. ¿Qué les podía ofrecer unos servicios de drogodependencias? De hecho, en realidad, no mucho (Gilman, 1992).

Todo empieza por E

Se decidió que la forma que tomaría nuestra respuesta debería ser diferente de las otras campañas, por muchas razones. Para empezar, se sentía que la gente que estaba en situación de más riesgo, y por consecuencia que se podría beneficiar más de una campaña de esas características, eran los muchos miles de personas que estaban actualmente utilizando esa droga. No hay pruebas ni evidencias de que las campañas de prevención contra las drogas, como los anuncios televisivos u otras campañas de los gobiernos, eviten, retrasen o reduzcan la edad de inicio del uso de drogas. Sin embargo, la información puede jugar un papel para retrasar la transición hacia unos modos de uso más duros o particularmente arriesgados (Dorn & Murji, 1992).

El nuevo escenario discoteca-droga presenta una serie de características que la transforman en situación de alto riesgo. Primero, muchos de los implicados son jóvenes y principiantes en el uso de drogas; por esa misma razón es muy probable que sepan muy poco de las drogas que usan. Segundo, la droga dominante usada en este lugar, el MDMA o éxtasis, era una sustancia relativamente nueva y la mayoría de los trabajadores de los servicios de drogodependencias no tenían muchos conocimientos, experiencia o contactos con ella. Nuestra perspectiva respecto del problema, y la estrategia que adoptamos para tratarla, se debió mucho a los trabajos de Norman Zinberg y Jack Young. De Zinberg, tomamos la noción de que debíamos aceptar que esa gente había decidido tomar drogas, y en consecuencia, debíamos asistirles facilitando la aparición de la “Cultura del uso de drogas controlado” (Zinberg, 1984).

En su libro *The Drugtakers* (“Usuarios de drogas”), Young (1972) afirmaba que era fuertemente disfuncional acosar y minar las subculturas de uso de drogas; en su lugar se debería facilitar la aparición de un sistema de valores y de normas dentro de esa subcultura. Otro principio que recogimos de Young era la necesidad de una “propaganda positiva”. Las historias de horror acerca de las drogas fracasan, pues no son consistentes con la experiencia de los usuarios, y por ese motivo el mensaje es rechazado. Tal como Young expresaba con elocuencia, la única autoridad capaz de promover el control de uso de una droga, es la propia subcultura de los que la usan:

No se puede controlar una actividad con sólo gritar que está prohibida; las medidas sólo se pueden asentar sobre hechos y esos hechos deben provenir de fuentes reconocidas por el público al que se quiere influir... Además, la información dirigida al control del uso de droga debe ser expresada según los términos de valores de la subcultura, no en términos de valores del mundo exterior.

Los autores decidimos que el mejor método de tener una influencia positiva sobre este grupo de usuarios de drogas recreativos y no dependientes sería procurar facilitar la aparición de un marco de rituales y normas de subcultura, destinado a minimizar el daño potencial asociado al uso de drogas.

Nuestro campo de investigación y la revisión de lo publicado al respecto nos llevó a concluir que los problemas asociados al éxtasis se podían dividir en tres categorías: problemas propios de la droga, problemas de situación y problemas sociales. Los problemas derivados de las propiedades farmacológicas de la droga incluyen la sobredosis, alergias o reacciones idiosincrásicas, ataques de ansiedad o de pánico y, posiblemente con consumo a largo plazo, la neurotoxicidad. Los problemas de situación, aquellos asociados al escenario y a los medios incluyen deshidratación, hipertermia, agotamiento, pánico y problemas debidos al uso de drogas adulteradas. Hasta la fecha, en el Reino Unido ha habido al menos 14 muertes asociadas al éxtasis y una cincuentena de reacciones graves. Según una hipótesis popular, las muertes están causadas por una insolación provocada por la combinación de éxtasis, baile enérgico, no beber bastante agua y la temperatura cálida y húmeda en las discotecas (Henry et al., 1992). Finalmente, el uso de la droga puede dar lugar a varios problemas de tipo social que abarcan las relaciones con la familia, con la escuela o el trabajo, con la ley, y posibles cambios de personalidad, aunque hasta qué punto deberían ser considerados como “problemas de drogodependencia” y no como ritos normales de pasaje a la adolescencia es discutible y depende a menudo de criterios marcadamente subjetivos.

Como servicio de información, el problema al que nos enfrentábamos consistía en como hacer una intervención positiva que nos permitiera maximizar el contacto de manera apropiada y asignar los escasos recursos de la manera más eficaz posible. Y como el Gobierno acababa de desarrollar una enorme campaña de publicidad dirigida a disuadir a los jóvenes del uso de drogas recreativas tales como el éxtasis, decidimos desarrollar una campaña de información especialmente dirigida a los que estaban decididos a seguir consumiendo esas drogas.

“Tiende la mano a alguien...”

Tras la intensiva cobertura que la prensa hizo sobre el problema después de varias muertes relacionadas con el éxtasis en un corto periodo de tiempo, muchos servicios de drogodependencias empezaron a discutir sobre el trabajo de calle que se debería realizar con ese grupo. Pensamos que esa respuesta era un error. El trabajo de calle, llamado también de

acercamiento, surgió en Gran Bretaña en los años 80 como intento de contactar con los usuarios de drogas inyectables en riesgo de infección por VIH. Fue una medida excepcional requerida por la necesidad de evitar una crisis de salud pública. Los *ravers* nunca fueron difíciles de contactar, ni tampoco había tal prioridad. Grund (1992) afirma que el trabajo de acercamiento debería ir dirigido a aquellos que corren más riesgo. Los *ravers* no entran dentro de esta categoría.

El trabajo de acercamiento fue percibido como irrazonable e intrusivo entre los miembros del grupo diana, casi como una forma más de represión social. Si la razón de ser de dicho trabajo es la de reducir los daños asociados a las drogas o prevenir el VIH, entonces tales esfuerzos podrían ser más beneficiosos si fueran dirigidos directamente a los escenarios donde la magnitud y la gravedad de los riesgos pesan mucho más que los de cualquier club o discoteca *rave*. Algunos consideran que tal respuesta a los problemas derivados del alcohol no sería ni apropiada ni deseable; ¿entonces, porqué deberíamos pensar que lo fuera con otras drogas?

El director de un servicio de drogodependencias de la región de Mersey explicaba su manera de entender la tendencia hacia el trabajo de acercamiento entre los usuarios de drogas recreativas como sigue: “Durante los primeros años, el papel de un agente de acercamiento ha sido ir y sentarse en un cochambroso piso de protección oficial para intentar tomar contacto con los que se pinchan. Siguiendo este modelo, ir a las discotecas los fines de semana debe tener una alta prioridad. Y también es más fácil. En una discoteca, puedes tener acceso a más de dos mil usuarios de droga, todos en el mismo sitio y al mismo tiempo”.

Pero si el concepto de trabajo de acercamiento en cuanto a esta droga está cargado de inconsistencia, la gestión de tal trabajo plantea serios problemas logísticos. Aconsejar o dar información en una discoteca donde ni siquiera puedes oírte a ti mismo, es inapropiado e imposible. Ocuparse de colapsos o de sobredosis debería ser la responsabilidad de la dirección del club, que debería tener un equipo experimentado en primeros auxilios. Cuando se trata de ansiedad y ataques de pánico (un mal viaje), los amigos son más adecuados para ayudar que los extraños. La mayoría de las discotecas ya venden preservativos. Como trabajadores de drogodependencias, nuestra primera meta es ayudar a prevenir los problemas, no tener trabajadores al margen, sentados a la espera de que ocurra algo. Nuestra tarea es desmitificar las drogas y los problemas asociados con ellas, quitar el poder de las manos de los profesionales y entregárselo a los usuarios de droga, permitiéndoles tomar decisiones responsables e informadas. El trabajo de acercamiento es utilizado, muy a menudo, como método para perpetuar el mito del profesional y la dependencia del cliente en la persona del agente de acercamiento, en vez de transferirles esquemas de toma de decisión para que los usuarios de drogas puedan ocuparse mejor de sus propias necesidades.

“Hacer de este mundo un sitio mejor... “

Para determinar la forma y el contenido de la campaña, nos planteamos una serie de metas:

1. Proveer información básica sobre los efectos de varias drogas comúnmente utilizadas en el escenario de las discotecas.
2. Enseñar a los clientes de las discotecas a identificar los potenciales problemas que puedan surgir y ayudarles a tratarlos con eficacia.

3. Avisarles de los riesgos asociados al marco y los modos en los cuales se deben usar las drogas.
4. Establecer, dentro de la subcultura de la droga, estándares para un uso de drogas más seguro y responsable.
5. Ofrecer a los usuarios de drogas un punto de encuentro para obtener más información, sacada de fuentes en las que puedan creer.

Para conseguir estas metas, creíamos que el estilo de información y las vías a través de las cuales se transmitía eran tan importantes como el contenido. La información debía ser pertinente para la vida y los intereses de la audiencia. También debía ser rigurosa y honesta, reflejar los aspectos positivos del uso de drogas tanto como los riesgos y los daños que estas pueden causar. Finalmente, para poder establecer una relación de confianza entre los proveedores de información y los pretendidos receptores, la campaña no debía ser crítica sobre las consecuencias éticas inherentes al uso de droga.

Como el presupuesto para la campaña era bajo, tuvimos que recurrir a la creatividad para maximizar nuestra audiencia. Una vez más, nuestro profundo conocimiento de la subcultura, adquirido en el transcurso de los dos años anteriores, era incalculable. Se trataba de una subcultura articulada alrededor de fiestas ilegales, que no estaban anunciadas, pero a las cuales podían acudir alrededor de 10.000 personas gracias al “boca a oreja”. Decidimos intentar utilizar los mismos métodos y los canales radiofónicos que esa subcultura utilizaba para transmitir información –*flyers*, artículos en las revistas y el “boca a oreja”–.

Los *flyers* son un tipo de octavillas que anuncian la apertura de una nueva discoteca o de una fiesta excepcional. Generalmente, utilizan un estilo gráfico que se puede identificar con la cultura, similar en eso a los dibujos asociados al movimiento subcultural hippy/underground de los años 60. Los *flyers* se distribuyen fuera de las discotecas, en las tiendas de discos, de ropa y en otros sitios donde acuden los *ravers*. A menudo incluso los coleccionan, y los exponen en las paredes de sus habitaciones o en sus carpetas de colegio, como si fueran prendas de artistas, o como recuerdo de acontecimientos memorables o de las discotecas donde suelen ir. Un dibujante del barrio, reconocido por su trabajo creativo en esta área, fue contratado para elaborar un folleto que utilizara elementos similares.

La octavilla, *Chill Out – A Raver’s Guide* (Zona de descanso – Guía de los Ravers), contiene información básica sobre las tres drogas principales que se estaban usando en el contexto de la discoteca –MDMA, LSD y anfetaminas. Trata de los riesgos inherentes al consumo de esas drogas, los métodos para intentar minimizar los riesgos, y qué hacer en caso de emergencia. Cada vez más, la octavilla no solamente trata de las drogas, sí no que toma también en consideración otras consecuencias implicadas –la necesidad de dormir y de tener una dieta equilibrada, evitar la deshidratación, el agotamiento por exceso de calor, etc. –. Finalmente, en el *folleto* aparece un número de teléfono en el caso de que se requiera ayuda adicional.

Como el carácter de la cultura de discoteca limita la transmisión de tan detallada información en un lugar donde la gente va a bailar y a disfrutar de la compañía, este método de distribución fue rechazado. Nos dimos cuenta de que si se distribuyen las octavillas durante un acontecimiento tal, pase lo que pase, la mayoría de estas acababan más bien tapizando el suelo, sin haber sido leídas. Antes que dejarlas abandonadas detrás de los mostradores de los servicios de drogodependencias, lugar poco visitado por este grupo, las distribuimos al principio

a través de tiendas especializadas de discos o de ropa, y a través de anuncios en revistas, bares, cafés y discotecas.

Nuestros recursos se limitaban a una primera impresión de 10.000 copias de la octavilla, por esa razón solamente pudimos distribuirlos en la región. Sin embargo, a medida que aumentaba el número de muertes y de hospitalizaciones, se podía percibir que la necesidad de información al respecto era cada vez más apremiante. Por aquel entonces, ningún otro servicio dispensaba la información necesaria.

En un intento de remediar esa falta de información, y para contactar una audiencia mucho más amplia, se inició la segunda fase de la campaña. Uno de los autores se acercó a la revista que había publicado el primer artículo sobre el MDMA, en 1985, *The Face*. Esa revista es la más prestigiosa de este tipo de publicaciones. Se dirige a lectores de entre 18 y 35 años, contiene referencias continuas sobre drogas en sus artículos especiales, en sus cartas y en los comentarios de sus periodistas, lo que nos permitía pensar que ese era un medio ideal para una campaña de información cuidadosamente dirigida.

Tras largas negociaciones, la revista publicó una entrevista con uno de los autores y un colega holandés que intentaba recopilar la más reciente información disponible sobre drogas (James, 1991). Este fue tal vez el primer ejemplo de utilización de los medios de comunicación en una campaña de información sobre reducción de daños. La confirmación de que nuestra elección de la revista era correcta fue revelada por la respuesta de los lectores. En el número del siguiente mes, todas las páginas dedicadas al correo hablaban sobre el tema y la revista nos dijo que, a raíz de eso, habían recibido más cartas que nunca (*The Face*, 1991). Muchas cartas de lectores señalaban el fenomenal aumento del consumo de éxtasis en sus zonas, otros indicaban los problemas asociados al MDMA que ellos mismos o sus amigos habían experimentado (problemas que hasta ese momento no habían sido abordados por los servicios de drogodependencias existentes). Durante los seis meses siguientes, casi todas las revistas británicas destinadas al público juvenil publicaron artículos similares, a menudo centrados sobre el "Chill Out", y la organización *Lifeline* llevó a cabo una campaña de información similar basada sobre un personaje de dibujos animados, *Peanut Pete*. Dada la cantidad de cobertura informativa positiva publicada en este tipo de revistas, leídas por nuestra audiencia-diana, pensamos que nuestra iniciativa había tenido mucho más éxito de lo esperado.

"¡... si puedes!"

Aunque la campaña produjera una enorme cobertura en las revistas juveniles de los diversos riesgos y daños asociados al MDMA, no nos esperábamos la ferocidad de los ataques que llegaron desde la prensa oficial. Durante los cuatro últimos años, la televisión británica y los periódicos de calidad dedicaron muchos reportajes al "nuevo paradigma" en el área de las drogas. Programas de TV como las series *Hooked* de la cadena Granada y el programa *Open Space* de la BBC, "*Taking Drugs Seriously*", son solamente dos ejemplos entre muchos. Serios redactores y columnistas son, inevitablemente, críticos con la mentalidad de "Guerra contra las drogas" y piden un enfoque más pragmático y de reducción de daños.

En todo caso, esa tendencia al realismo por parte de algunos medios de comunicación concierne solamente a ciertos periódicos de calidad y televisiones, y ha fracasado en su intento de filtrarse hasta los periódicos sensacionalistas, que todavía tratan las historias de drogodependencias recurriendo a su tradicional estilo de horror y provocación (McDermott, 1992). En un artículo titulado *El mito de los usuarios de drogas en los medios de comunicación*

Jack Young (1973) señalaba que la descripción de las historias de drogodependencias de los medios de comunicación está continuamente sesgada. También señalaba que no se trata de un acto de fortuita ignorancia por parte de los periodistas, sino que se basa en la adopción por los medios de comunicación de una ideología consensual que dirige la redacción de artículos en los periódicos. La mayoría de las historias de drogodependencias cuentan con una gran cantidad de mitos –identificados y mostrados como falsos al principio de los años 40 por Alfred Lindesmith (1940)–.

Esos mitos tienen su origen en la indignación moral, y están orientados a la defensa del mundo hipotético de un ciudadano normal y a encandilar a la audiencia hacia realidades pervertidas que existen fuera de ese consenso imaginario. Para entender porque las historias de drogodependencia que salen en los periódicos son sistemáticamente retorcidas, Young señaló que uno tiene que buscar una explicación a un nivel estructural. La manera según la cual las secciones de los medios atacan el *Chill Out* aporta una poderosa validez a la tesis de Young.

El primer autor de este capítulo fue contactado por una periodista de un periódico local, el *Liverpool Echo*, que quería saber de donde provenía la información contenida en los *flyers*. De hecho, la información era un resumen de todo lo que había sido publicado al respecto, después de haber sido leído y aprobado por un gran número de expertos reconocidos, tanto en el campo del MDMA como en la educación sobre drogas. A nivel local, la información era leída y aprobada por el director de la Unidad de Drogodependencias, el jefe de policía de la brigada de drogodependencias de Merseyside y por otros profesionales implicados. La periodista no pareció impresionada por eso y dio a entender que algunos en la zona estaban preocupados por el contenido de las octavillas.

Descubrimos más adelante que el problema venía del editor que se había sentido ultrajado por la octavilla y que le había ordenado hacer un artículo crítico. Unos colegas nos informaron que esa misma periodista había dado voces a su alrededor para intentar encontrar alguien dispuesto a condenar las octavillas. Aparentemente, nadie de los que estaban trabajando en el campo de las drogas estaba dispuesto a hacerlo pero, por suerte para la periodista, iba a haber unas elecciones generales en los próximos meses y Merseyside resultó ser un sólido bastión laborista. El periódico consiguió crear una polémica mandando copias de la octavilla a dos candidatos conservadores, ambos en puestos marginales, pidiéndoles sus opiniones. El tema fue publicado como historia principal en primera plana, bajo el título: “La locura del Rave: unas octavillas estilo DIY¹⁴ sobre las drogas para adolescentes provocan la ira de los candidatos”. “El *Echo* saca a la luz hoy unas atractivas octavillas sobre drogas que todos los padres de Merseyside deberían ver con indignación. Es una guía juvenil para tomar drogas que se parece a un catálogo de venta” (Liverpool Echo, 1992 a).

Linda Chalker, la candidata por Wallasey, atacó el folleto por su mensaje: “En vez de lanzar el mensaje que las drogas son malas y que las drogas matan, ellos optan por la solución ligera de explicar a esos niños la forma de tomarlas prudentemente”. Su colega, Ken Hind MP, fue aún más lejos: “Eso es un vergonzoso despilfarro de los fondos públicos. Tengo que mandar hoy mismo una carta al presidente de la Dirección Regional de la Salud de Mersey pidiendo que tal financiación sea inmediatamente retirada”.

¹⁴ N. del T.: *DIY* son las siglas de una cadena inglesa de tiendas de bricolaje. Significan “Hágalo usted mismo”.

Al día siguiente, la historia salía en dos periódicos sensacionalistas, “*The Sun*” y “*Daily Star*”^{*}. La historia del “*Daily Star*” fue presentada bajo el título: “El sabelotodo entrometido dice a los niños que “*no pasa nada*” si toman drogas asesinas”. El “*Daily Star*” también publicó su editorial sobre el tema, ofreciendo consejos a los padres de Merseyside: “... esa diabólica estupidez ha sido escrita por el jefe del Centro, Pat O’Hare y su equipo. Los padres de la zona deberían saber donde encontrar a esos excéntricos, asaltar el lugar y tirar las 20.000 copias de ese pernicioso panfleto al río Mersey, seguidas por el Sr. Pat O’Hare” (*Daily Star*, 1992).

The Sun mantuvo su tradicional obsesión por el sexo. Su historia de primera plana se titulaba: “Furia sexual en la guía del éxtasis” (*The Sun*, 1992), por una única referencia del folleto al sexo dirigida a aumentar la conciencia del VIH en ese grupo. De hecho, en la octavilla se leía: “Ya que (el éxtasis) aumenta las sensaciones y el placer de tocarse, a veces te puedes sentir cachondo/a por lo que no te olvides de llevar preservativos”.

Ese interés nacional de los medios de comunicación llevó el *Echo* a dedicar su primera página a esta historia durante los dos días siguientes. Un día después la historia se titulaba: “Reconsiderar la guía de drogodependencias” y pretendía insinuar que la Dirección Regional de la Salud estaba a punto de desaprobado la octavilla. De hecho, un portavoz de la Dirección de la Salud dijo, “No tenemos ningún plan inmediato para retirar la octavilla”. Mientras tanto, otras secciones de los medios de comunicación expresaban su apoyo al *Chill Out*. Mick Middles, un periodista de Manchester, homólogo del *Liverpool Echo*, el *Manchester Evening News*, escribió:

Los medios de comunicación han fingido la indignación y aprovechado algunas líneas provocativas sacadas de la octavilla... Es demasiado fácil para un periódico sacar unas líneas de su contexto y hacer que el conjunto del proyecto se parezca a una invitación para usar esa peligrosa droga. No se trataba de eso, sino de aceptar simplemente el hecho de que muchos adolescentes normales e inteligentes están atrapados en esa subcultura del éxtasis y tratar de sacarlos de ahí. Se debería encomendar a las autoridades intentar acercarse a los jóvenes con ese método.

(Middles)

El *Daily Post*, otro periódico homólogo del *Liverpool Echo*, también se hizo eco de ese apoyo, donde el periodista David Charters (1992) escribió:

* Ningún periódico se vende muy bien en Merseyside, en parte a causa de su continuado apoyo al despreciado gobierno conservador local, pero esencialmente por su manera de cubrir el desastre del partido de football de Hillsborough. En 1986, durante un partido de football en Liverpool, en el estadio de Hillsborough en Sheffield, 96 personas murieron y muchos más resultaron heridos a consecuencia de un control ineficaz del público. El partido estaba retransmitido en directo por la TV y mucha gente de Liverpool vio como sus amigos y parientes perdieron la vida.

La ira popular general fue el tema de los periódicos sensacionalistas durante los días siguientes. Primero, algunos publicaron fotos macabras de aficionados al fútbol muertos o muriéndose, a todo color, sin ninguna reflexión acerca del impacto sobre los amigos de las víctimas. Luego, *The Sun* y el *Daily Star* publicaron afirmaciones policiales, pero sin explicitar la fuente de información, según las cuales la tragedia había sido provocada por aficionados incontrolados del Liverpool, que fueron agresivos, que robaron a los heridos o muertos, y que orinaron sobre los oficiales de la policía que estaban intentando ayudar a las víctimas.

De hecho, una encuesta pública demostró que la tragedia había sido consecuencia de una mala coordinación del control de la multitud por parte de la policía y de unos medios escasos en el terreno, y que las alegaciones habían sido hechas por un oficial de rango superior de la policía, dimitido a raíz del incidente, y que había intentado desviar las quejas por la fuerza. La gente de Merseyside empezó un masivo boicot de los periódicos *The Sun* y *Daily Star*.

Los quioscos rechazaban el reparto de esos periódicos y los pocos que los aceptaron fueron insultados por sus clientes. La circulación de esos periódicos nunca se recuperó en esta región, por eso ambos están siempre al acecho de historias que les puedan ayudar a reconstruir su popularidad en la región de Merseyside. La historia de la “Locura del Rave” publicada en el *Echo* parecía ideal, apelando a unos padres ignorantes pero preocupados, y es por ese motivo que ambos publicaron la historia, en primera plana, al día siguiente.

Sin lugar a dudas, usado al pie de la letra es un panfleto derrotista: el problema sigue en su sitio. ¿Cómo vamos a poder con él? ... La mayoría de la información está pensada. El pasaje que dice que “el éxtasis puede darte una sensación relajante pero enérgica, feliz, tranquila, estimulante, excitante y amorosa” es demasiado atractivo, aunque esté contrarrestado con referencias al exceso de *sudoración*, a las náuseas y a los vómitos... Hasta que las Autoridades controlen la propagación de las drogas, las octavillas del MDTIC tienen su función”.

Al tercer día, el *Echo* dedicaba una vez más su primera plana al acontecimiento, para relatar esta vez que el Secretario del Interior Kenneth Baker, había recortado la subvención del MDTIC de 15.000 libras esterlinas tomados de los activos de los fondos a crédito que pretendía financiar la campaña de información sobre el Ecstasy (Liverpool Echo, 1992 b). La subvención fue congelada después de las elecciones generales. Al mismo tiempo, una plantilla del *Liverpool Echo* había empezado a percibir que su postura no solamente estaba equivocada con la opinión profesional, sino también con la opinión pública. En los mensajes telefónicos mandados a las emisoras de radio local y en los programas televisivos de noticias y de entrevistas populares el apoyo al *Chill Out* se hacía abrumador, en particular entre los jóvenes a quienes iba dirigida la octavilla. A la semana siguiente, el *Echo* ofreció al director del centro, Pat O’Hare, y al autor de la octavilla, Alan Matthews, un espacio desde el cual poder defenderse.

También les cedió su página de correo para la publicación (*Liverpool Echo*, 1992 c). De nuevo, el apoyo del público fue abrumador. De 16 cartas, solamente 3 de ellas no apoyaban a la octavilla. Las cartas aportaron a la conciencia pública una visión de la filosofía de la reducción de daños:

Como señalaba el *Echo*, el comercio de la droga en el norte de Occidente cosecha unos 25 millones de libras esterlinas de beneficios. Eso no se va a parar en una noche. Evidentemente es lo que se debería pedir.

Escribo como padre preocupado por su hijo de 19 años, para comentar vuestro artículo de la primera pagina, “La locura del rave”. La parte más exacta de la historia es precisamente su título, pero sólo si se aplica a ustedes mismos.

He utilizado en mis sesiones de consejo y orientación la guía *Chill Out* y me he asombrado del éxito de esta publicación que, en mi experiencia, ha dado credibilidad a los servicios de drogodependencia entre los jóvenes usuarios de drogas.

Tengo 27 años y he tomado éxtasis durante los tres últimos. Como la mayoría de los usuarios, no sabía nada de los efectos colaterales asociados a su uso. Después de haber leído la octavilla, recapacité y ahora reflexiono sobre mi consumo de drogas.

Recordaba las expresiones de indignación cuando el MDTIC introdujo su campaña de agujas gratuitas para los usuarios de drogas, y como esta política, que otros han copiado desde entonces, ha ayudado a controlar el contagio del sida.

Los detractores de esta octavilla –el *Liverpool Echo*, Lynda Chalker y Ken Hind– no están ni siquiera en posición de poder comentar sobre una situación de la que conocen tan poco... Sería hora de abordar el tema de las consecuencias de las drogas con algo de realismo, en vez de pretender hacer desaparecer el problema, en su conjunto, con la ilegalidad.

Pienso que sus artículos sobre el éxtasis están de acuerdo con las advertencias del Gobierno -una porquería-. Se supone que ustedes son un periódico local independiente que persigue el bien de la sociedad. Dígnanos la verdad con franqueza.

De la misma manera que los políticos, los periódicos intentaron defender y apoyarse en un consenso imaginario –los padres inquietos y preocupados de que sus hijos estén “metidos en drogas” –. Además, los periódicos contaban con unas nociones de sentido común sobre cómo deberíamos tratar los problemas de drogodependencias, creyendo que el público rechazaría cualquier otra cosa que no fuera el planteamiento del “no a las drogas”. La respuesta del público indicó que no compartían tal consenso. Al menos, en Liverpool parece que el público es consciente del fracaso de las campañas de prevención de drogas. La prueba de este fracaso se ve a nuestro alrededor: para cualquier padre de adolescente, para cualquier ciudadano que acude a su *pub* habitual, para cualquier persona entre los 13 y 45 años, el uso de drogas ilegales es un comportamiento integrado en las normas sociales.

Las cartas también indicaron el alto nivel de entendimiento y de aceptación de las políticas de reducción de daños, que habían sido introducidas en la región de Mersey para controlar el VIH y el sida en los años 80. En vez de oponerse a un enfoque más realista y pragmático ante el fenómeno de las drogas, el público estaba reclamando la extensión de tales medidas. Los políticos y los periódicos sensacionalistas no han conseguido recuperarse del impacto generado por la opinión pública.

Conclusión

Esta controversia surgió principalmente a causa de graves contradicciones que sostenían la ideología gobernante sobre ¿qué pensar sobre el uso de drogas ilegales?. Nuestros intentos por desarrollar una respuesta racional y efectiva al fenómeno del incremento de los consumos de drogas ilegales seguirán fracasando, a menos que se resuelvan estas contradicciones.

El principal problema es la dificultad de nuestras sociedades en reflexionar seria y sosegadamente sobre el placer y los estados alterados de conciencia. Uno de los principios que defiende tanto el gobierno como los medios de comunicación es que tratar de alterar el estado de conciencia a través de medios artificiales es inherentemente malo. Esta suposición parece tener sus orígenes en el cristianismo y en la necesidad moderna de controlar las disciplinas de trabajo y de tiempo, necesarias al capitalismo industrial.

Muchas de las primeras leyes de prohibición fueron producto de una lucha por el dominio económico y político por parte de ciertos intereses sectoriales (Berridge & Edwards, 1987; Duster, 1970; Szasz, 1975). En la actualidad, las leyes más recientes introducidas para regular lo psicodélicos sintéticos parecen ser consecuencia directa del desafío que tales drogas plantean al orden ideológico establecido.

Drogas como el LSD y la mescalina tenían un apreciable potencial revolucionario cuando los hipíes americanos empezaron a levantar voces de rechazo en contra del “Sueño

americano” y de la “ética del trabajo” protestante. Siguiendo la reacción de los primeros defensores de las drogas psicodélicas, como Timothy Leary, y las consecuencias inevitables de las investigaciones sobre el uso y las propiedades de esas drogas, los defensores más recientes de la reforma de la ley sobre drogas han evitado incansablemente cualquier discusión sobre el tema del placer proporcionado por esas drogas. Para esos nuevos defensores psicodélicos, el valor de drogas como el MDMA es el de ser un “instrumento de búsqueda” o un “complemento de psicoterapia”. Es importante preguntarnos si los estudios sobre un grupo de universitarios californianos reunidos bajo los efectos del MDMA para escuchar juntos a Mozart -llamando a eso “investigación”- pueden ser verdaderamente de utilidad para el bienestar de un chaval de 18 años, del noroeste de Inglaterra, que toma MDMA para desmadrarse y bailar música tecno. Nosotros estamos convencidos de que no.

Una consecuencia principal, rara vez mencionada, es si la intoxicación debe ser considerada como un acto inherentemente inmoral. Si la sociedad decide que es así, entonces deberíamos aplicar las mismas sanciones al uso del alcohol y de la cafeína que las que se aplican al de heroína, cocaína o MDMA. Existe ya un creciente grupo de opinión informada que, hoy en día, cree que las decisiones sobre el consumo de drogas pertenecen al ámbito de la elección individual; *cuanto mejor se sepa como manejarlas, mejor será para la salud*. No es un asunto de criterio moral o de sanciones legales.

La mayoría de los jóvenes que toman drogas son conscientes de estas contradicciones y no escucharán a adultos, padres, educadores, políticos u otros emisores que simplemente les digan que tomar éxtasis “es malo”. La pregunta más pertinente por parte de los jóvenes sería: ¿Por qué nadie se ha tomado la molestia de darnos a conocer esos riesgos de manera asequible e informarnos sobre como evitarlos?

Si el argumento contra el uso de drogas ilegales es el del tráfico ilegal y el apoyo de una empresa corrupta e ilegal, los jóvenes lo interpretan como un punto a favor de la legalización de las drogas. Sin intención de entrar aquí en el debate de la legalización, sólo sugerimos que el uso extendido del MDMA en el Reino Unido nos debe llevar a conceder más peso a los argumentos a favor de las intervenciones dirigidas a separar los diferentes mercados de drogas ilegales. Algunas medidas de liberalización del cannabis y del mercado de MDMA ofrecen más control al respecto y una intervención más fácil, dentro de esos mercados, mientras que evitan el enlace dentro de los mercados de drogas más duras –tales como la cocaína y la heroína–. Creemos, según nuestra experiencia en Liverpool, que el gran público es capaz de entender unos conceptos tan evidentes y está dispuesto a defenderlos, dado el fracaso de los métodos tradicionales del control de drogas. Desgraciadamente, es poco probable que ese tipo de intervenciones sea puesto en práctica mientras que los políticos y los medios de comunicación sigan enfocando la cuestión del uso de drogas desde una ideología basada en un absolutismo moral, en vez de adoptar un planteamiento pragmático basado en intervenciones que funcionan, en oposición a unas ideologías desfasadas que no funcionan.

CAPÍTULO 18

¿REDUCCIÓN O AGRAVACIÓN DEL DAÑO? EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE DROGAS EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS EN UN MUNDO EN EVOLUCIÓN

ANTHONY HENMAN

El propósito de este capítulo es ilustrar las implicaciones que se originan en los debates sobre la legalización de las drogas de los países desarrollados en aquellos países que son, a la vez, productores y consumidores tradicionales de plantas que se consideran como drogas ilegales. Se analizan tres grandes cultivos ilegales, cada uno en un marco geográfico específico: cannabis en Brasil, coca en los países andinos y opio en el Triángulo Dorado.

En defensa del extremismo

Poca duda cabe de que las políticas promovidas en países en vías de desarrollo, como resultado de la prohibición de la droga en los países industrializados han sido, casi de modo uniforme, negativas en sus efectos. Ignorar el coste acumulado de estas políticas, aunque conveniente para ciertos gobiernos, organizaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales, sólo añade credibilidad al latente autoritarismo de la prohibición de la droga. Más importante aún, también fracasa en tratar los problemas reales, sociales y económicos frente al mundo desarrollado, que incluyen deudas, agotamiento de recursos y normas injustas de comercio mundial. En este contexto, el uso de la droga y la producción parecen mucho más un síntoma que una causa.

Así pues, no sería una exageración describir las políticas oficiales más actuales en los países en vías de desarrollo como un proceso consciente o inconsciente de agravación del daño. Aunque las propuestas de reforma puedan parecer 'extremistas' por su oposición a la actual ortodoxia de la 'guerra a las drogas', una clara demanda de un cambio de política que avance hacia la reducción de daños y, a la larga, hacia la completa legalización de la droga, ofrece los principales medios a los países en vías de desarrollo para superar su actual estado de pobreza. Dada la probada efectividad de los controles 'tradicionales' (informales) del uso de drogas, (controles que dependen de un amplio consenso social antes del uso de la fuerza), los países en vías de desarrollo pueden fomentar el respeto para sus propias prácticas culturales indígenas y al mismo tiempo contribuir con ejemplos positivos a la más amplia comunidad internacional.

Cannabis en Brasil

Aunque ha llegado a ser corriente lamentar el crecimiento de la marginalidad social y el crimen violento en las grandes ciudades de Brasil, rara vez se ha advertido que mucho del racismo subyacente y de la discriminación de clases históricamente ha encontrado su expresión simbólica en la denigración del hecho de fumar cannabis. Traído de Angola en el siglo XVIII, *diamba* era ya tan común en Río de Janeiro hacia 1830 como para garantizar una intervención oficial, probablemente la primera en el Nuevo Mundo, dirigida específicamente al uso público de las pipas de agua para fumar cannabis introducidas desde África (Henman y Pessoa, 1986).

Hacia 1916, los informes científicos sobre el fumador de cannabis en Brasil empezaron a reproducir la demonología del opio base de la época, mostrando sólo una atención superficial a las realidades locales sociales. Ya que la mayoría de los usuarios de cannabis en este tiempo eran descendientes de esclavos negros, las campañas contra la 'hierba asesina' tuvieron una función muy útil en disciplinar una población ingobernable y cada vez más urbanizada. A través de la insistente difusión de los estereotipos negativos, las actitudes entre los mismos consumidores cambiaron gradualmente de una defensa entusiasta a una ambigüedad y ambivalencia y, finalmente, a una identificación del hecho de fumar cannabis con una vida de *malandragem* -timando, chuleando, viviendo del cuento y de pequeños delitos-.

La continuación de la represión policial emprendida con una ferocidad incontrolada durante el régimen militar de 1964-1985, condujo a que, incluso las tribus remotas de los indios del Amazonas, podían ser torturados a causa de sus cultivos de cannabis (Henman, 1980). Aunque los jóvenes de clase media y los intelectuales también sufrieron palizas, electrochoques y extorsión como medida normal de cualquier arresto por drogas, la retórica local de la Guerra a las Drogas encontró su principal vocación justificando la eliminación física de las bandas callejeras y de los traficantes a pequeña escala. Las víctimas de los pelotones de la muerte, a menudo ascendiendo a más de 50 en una sola semana en los barrios pobres de Río de Janeiro son aún, en la nueva era democrática, predominantemente jóvenes, negros y pobres, a pesar de ser descritos de una manera rutinaria por las autoridades como 'grandes traficantes de drogas' (América's Watch, 1987).

Sin embargo, cada vez más las campañas en contra del cannabis han creado una notable escasez de esta sustancia, tradicionalmente común en Brasil, y de ahí el consumo dirigido hacia formas más peligrosas de uso de drogas. El uso intravenoso de anfetaminas y cocaína en particular ha estado recientemente implicado en la rápida transmisión del VIH. Los servicios de salud pública indican el gran aumento de casos que se presentan a los servicios médicos como resultado del uso de disolventes, productos farmacéuticos, alcohol y cigarrillos. En resumen, la ofensiva contra el cannabis en Brasil, después de décadas de consistente agravación del daño, ha conseguido finalmente producir un problema de drogas completamente "moderno".

Coca en los Andes

Es importante recordar que las campañas contra la coca de principios y mediados del siglo XX, sólo estaban remotamente justificadas por los peligros que representaba la cocaína. De hecho, la mayor manifestación de este enfoque en Perú -en 1950 la Comisión de las Naciones Unidas para la investigación sobre el problema de la coca masticada (resumida en la Comisión de Estudio de las Hojas de Coca, 1978)- coincidió con un periodo en el que la cocaína estaba virtualmente ausente en el mundo del mercado ilegal. De todos modos, es difícil evitar la conclusión de que las raíces de la obsesión malsana de occidente con la coca yacen, de una forma particularmente arrogante, en la intolerancia tecnocrática y una inquisición moderna dominada por el horror hacia las plantas de drogas extranjeras (Antonil, 1978).

La naturaleza esencialmente religiosa -o, lo que es lo mismo, antirracional- de ésta obsesión está ampliamente documentada por la total indiferencia que muestra hacia la considerable producción científica que ha pretendido situar el uso de la coca en un contexto farmacológico, social y cultural más realista. Esto ha sido cierto incluso en estudios encargados directamente por el gobierno de Estados Unidos, como el de Carter et al. (1980), que fueron

ignorados cuando sus informes sobre la coca eran favorables. Guiados por un peculiar ideal de abstinencia, y obligados a hacer algo por la idea de que la única manera de controlar el uso de una droga “es cortarla desde su procedencia”, las sucesivas administraciones americanas y burocracias internacionales han gastado enormes sumas de dinero en intentos para eliminar la coca de las áreas productoras.

Bien a través del enfoque “paso a paso” de la sustitución del cultivo y del desarrollo de alternativas o por medio de operaciones militares más agresivas de erradicación a través de la fuerza, el resultado neto ha sido predecible: una desorganización temporal de la economía del campesino, una eventual subida del precio de la coca ocasionada por la escasez resultante, y el posterior incentivo a plantar coca en nuevos lugares (Henman, 1985).

Esta lógica económica, tan poco misteriosa e implacable, como las correspondientes bajadas en los precios de la coca ocasionadas por ciclos de demasiada producción, han tenido una serie de efectos perjudiciales: En la esfera social tanto la desarticulación de los mandos campesinos, divididos entre ‘buenos’ granjeros que cooperan con la sustitución del cultivo y los ‘malos’ que no cooperan, como el creciente descrédito de las instituciones nacionales vistas como complacientes servidores de una intervención foránea, han proporcionado legitimidad y nuevos reclutas tanto para el crimen organizado como para las sublevaciones políticas armadas (Henman, 1990).

Desde el punto de vista ambiental, la erradicación de la coca en una zona únicamente ha favorecido la utilización de nuevas tierras en otras partes y, de este modo, una creciente deforestación de los principales bosques lluviosos en los delicados márgenes de la cuenca del Amazonas.

Problemas adicionales han sido asociados con los diferentes intentos específicos de encontrar un “arreglo” técnico que pudiera interrumpir el flujo de la cocaína en los Estados Unidos. A finales de los años 80 las pruebas con el herbicida químico Pique, un tebutiuron fabricado por la empresa Eli Lilly Co., tuvieron que ser interrumpidas ante la oposición vocal y efectiva del departamento de medio ambiente en Perú y en los Estados Unidos de América. Posteriores experimentos con la mariposa malumbia *Eloria noyesi* estuvieron cargados de dificultades técnicas. Si bien en su estado de oruga esta peste estropeaba las hojas de la mata de coca, en realidad no mata la planta. Dado que la oruga tiene bastantes predadores naturales, se encontró que la efectiva erradicación del cultivo requería repetidas re-forestaciones en una sola zona. Esto a su vez necesitaría la propagación y diseminación de las mariposas malumbia a una verdadera escala industrial, y los costes de la espiral no podrían ser justificados en un programa con resultados, de hecho, inciertos.

Es en este contexto coincide la irrupción, en 1991, de una nueva raza de vaciador de raíces: el *Fusarium oxysporum*, descubierto por primera vez en el distrito que rodea la ciudad de Uchiza, en el centro del valle Alto Huallaga, con fama de ser la fuente del 60% de la cocaína del mundo en 1991. Los agrónomos de la Escuela de Agricultura Tropical en Tingo María (Perú) describen este hongo como endémico en las plantaciones de coca donde tradicionalmente ya había ocasionado pequeñas pérdidas, especialmente entre los arbustos viejos creciendo en tierras pobres o marginales. Sin embargo, la aparición de una raza mucho más virulenta del hongo, es únicamente atribuida por fuentes locales a la propagación de un ‘polvo blanco’ por UMOPAR y CORAH, las fuerzas peruanas antinarcóticos y favorables a la erradicación del cultivo financiada por los Estados Unidos de América.

Irónicamente, el personal de Naciones Unidas de proyectos de sustitución del cultivo local afirma que la nueva raza de *Fusarium* está diezmando los cultivos de comida y sus

terrenos experimentales de aguacates y cítricos, mientras favorecen el desarrollo de nuevas plantaciones de coca en las selvas vírgenes del norte y del sur. Por su parte, los escépticos advierten que esta extensa monocultura de coca en el Alto Huallaga ofrecía las condiciones ideales para el desarrollo de esta plaga, como la de *Fusarium*, la cual debe haber mutado espontáneamente.

De cualquier forma, los documentos anteriores de la administración americana de lucha contra la droga en el área, sus experimentos con Pique y la mariposa malumbia, junto con la innegable existencia de una larga partida en el presupuesto del Departamento de Agricultura claramente destinada para el desarrollo de 'los patógenos específicos de la coca', sugiere cautela en asignar la erupción del hongo a causas naturales.

Además, la guerra biológica contra la coca tiene una lectura en cuanto a la valoración estrictamente militar de la amenaza de una insurrección armada en Perú. Privar a los movimientos de la guerrilla local de su base económica parecería una acción conveniente desde esta estrecha perspectiva, al menos a corto plazo. Esto debería hacerse, por supuesto, entre los campesinos desamparados y la posible extensión de la influencia de la guerrilla en las nuevas áreas de cultivo de coca al norte y al sur de los principales centros de producción en el Alto Huallaga. Como técnica política y medio ambiental de agravación del daño los intentos nada recomendables de destruir la coca continuarán produciendo su repetida cosecha de frutos tóxicos.

Opio en el Triángulo de Oro

Si los casos de Brasil y Perú proporcionan ejemplos del impacto de las enérgicas políticas antidroga en el consumo y producción en los países en vías de desarrollo es, sin embargo, en el Triángulo Dorado y principalmente en el oeste, en el estado de "buen ejemplo" - Tailandia-, donde las implicaciones de estas políticas son más notorias. Tailandia es repetidamente citada como el único caso conocido de éxito en la sustitución del cultivo, y los cultivos de opio en este país han disminuido considerablemente desde el máximo alcanzado a finales de los años 60. Programas simultáneos de prevención y educación, creados profusamente por los Estados Unidos de América, burocracias de drogas de Naciones Unidas, poderes europeos y japoneses, han lanzado propaganda antiopio hasta en las más remotas aldeas tribales. Animando enérgicamente a los jóvenes a burlarse y ridiculizar a los fumadores de opio ancianos, estas campañas han minado claramente las estructuras sociales nativas, y con ellas, el mutuo respeto entre sexos y generaciones que actuaron en el pasado como fuerza restrictiva del problemático consumo de opio.

El efecto más visible de estas políticas, aparte de los cientos de usuarios de opio pudriéndose en las cárceles tailandesas, ha sido el fomento de la difusión del uso de la heroína entre la gente joven, y con esto propagar la práctica de las drogas inyectables y como consecuencia del VIH por compartir material de inyección. El paso del opio a la heroína fue descrito, ya en los años 30, como un efecto involuntario de las campañas antiopio en China (Bensussan, 1946), y fue el tema del mayor estudio llevado a cabo sobre el opio por el psiquiatra americano Joseph Westermeyer (1982) en Laos durante la guerra del Vietnam. Claro que una ventaja positiva del relativo aislamiento y atraso económico de Laos en el periodo posterior al gobierno comunista (1975 – 1990), ha sido la desaparición virtual de la anterior epidemia de heroína en este país como resultado de una tolerancia renovada a fumar opio. Actualmente, la llegada de la heroína inyectada y el sida parece dispuesta a acompañar la

apertura de Laos a influencias externas; irónicamente, la amenaza vendrá del “modelo” de estado anti-droga, Tailandia.

Otros efectos menos negativos de las campañas contra el opio se ponen de manifiesto en cuanto se araña un poco la superficie, y numerosos estudios han intentado sacarlo a la luz (por ejemplo, Tapp 1989 y varios artículos en McKinnon y Vierre, 1989). La destrucción del sustento de los campesinos como resultado del desbaratamiento de la economía del opio se pone de manifiesto en la tendencia generalizada hacia la prostitución, el trabajo eventual y los servicios relacionados con el turismo por muchos miembros de las minorías tribales de Tailandia. La gran mayoría de comerciantes yunnanese que tradicionalmente proporcionaban créditos y ventas a cambio de una parte del cultivo de opio han abandonado el campo, causando auténtica privación y miseria ya que su papel como intermediarios y banqueros informales era vital en la economía regional.

No es ésta la única forma de dislocación económica. Los cambios de opio por arroz entre las tierras altas y las bajas también han sido interrumpidas, con el resultado de que los pueblos tribales de las montañas, nunca autosuficientes en comestibles, ahora están afrontando una honda escasez y verdadera hambre. Incluso la pregonada presentación de ‘los cultivos alternativos’ está demostrando tener algunas desventajas; muchos de ellos necesitan más tierra, más agua y mejores inversiones. Entre tanto se han exacerbado los conflictos sociales para acceder a los recursos locales naturales.

En el análisis final, el estar endeudado con una Agencia de Ayuda internacional parece un arreglo claramente peor que tener que tratar con los supuestos sanguinarios jefes del opio.

Cambios sociales más sutiles son evidentes al cauteloso ojo del etnógrafo. En la sociedad Lisú, donde las mujeres tradicionalmente tenían la palabra sobre la producción y comercialización del opio, la introducción de cultivos alternativos negociados directamente con los mandos masculinos ha dado como resultado un claro deterioro del status femenino. El intercambio de joyas de plata, de una gran importancia simbólica en la negociación de los votos del matrimonio, se ha vuelto inviable económicamente por la ausencia de las ventas de opio. En tal contexto, no sorprende que el status de las esposas se haya deteriorado notablemente (Hutheesing, 1990).

Finalmente, también deberíamos considerar los estrechos paralelismos que hay entre las experiencias del sudeste de Asia y las de América Latina por lo que se refiere al uso de las drogas como tapadera para los abusos de los derechos humanos. Los sucesivos gobiernos militares en Tailandia han recibido generosos fondos de los Estados Unidos de América, supuestamente para detener el flujo de la heroína, pero de hecho han sido para apoyar el aparato de seguridad del país. Incluso después de las masacres de Bangkok en Mayo de 1992, la ayuda antinarcóticos continuó fluyendo desde Washington a las fuerzas armadas tailandesas con una impunidad total, repitiendo un modelo que había sido ampliamente denunciado en el Congreso de los Estados Unidos en Washington en el caso del régimen militar argentino de mediados de los años 70.

Aún más alarmante es la implicación de los departamentos de Naciones Unidas al proporcionar legitimidad a los regímenes corruptos, represivos y genocidas en Myanmar (Burma). A principios de 1992 el programa de Naciones Unidas de Control de la Droga anunció con una fanfarronería considerable que estaba financiando acciones para establecer un acuerdo antinarcóticos trilateral entre Tailandia, Laos y Myanmar. Los ministros de estos países se reunieron en Bangkok para hablar de los preparativos técnicos mientras que la armada myanmanesa estaba intentando exterminar a la oposición democrática y sus minorías

musulmanas Shan y Karen. Sin duda el UNDCP estaba un poco preocupado de que el renovado avance antiopio en el Triángulo de Oro pudiese finalmente desembocar en una crisis de refugiados camboyanos de proporciones importantes y de este modo tener que solicitar nuevos esfuerzos, ya estirados al máximo, de los recursos de Naciones Unidas en la Zona. Desde un punto de vista totalmente cínico, se puede sospechar que la “agravación del daño” en el campo de la droga encuentra su complemento estratégico en un proceso de creación deliberado del problema en aquellas áreas de potencial conflicto militar.

Dar poder a los que no lo tienen: una solución modesta al problema de la droga

La respuesta característica al parapeto de calumnias desinformativas diseñadas para desalentar el consumo de las tres plantas de droga más viejas, más útiles y más interesantes del mundo, cannabis, coca y opio, ha sido lo que podríamos describir como una inversión irónica. El *malandro* brasileño de 1920, y el *rude boy* jamaicano de los 50, o bien insertando furtivas referencias al hecho de fumar cannabis en la letra de una samba, o defendiendo activamente el consumo de ganja empapado de ginebra durante el ocaso del imperio británico, proporcionaron modelos de no conformismo social que posteriormente se han vuelto casi una normativa entre los usuarios de drogas ilegales.

Tanto en el mundo en vías de desarrollo como en los guetos de los mayores estados industrializados del mundo, ha ocurrido un proceso que sólo puede ser descrito como “ofensivo”, una identificación positiva con representaciones sociales negativas.

La lógica que subyace a tal desarrollo, -“sí crees que estábamos fastidiados ahora, espera a ver esto”- tiene dos efectos característicos sobre el consumo de drogas: uno potencialmente positivo, en el cual se hace una inversión simbólica considerable para asegurar una relación respetuosa y entusiasta con las drogas, y otro casi ciertamente negativo en el que los inadaptados son alentados a reconocer su infidelidad a través de modelos aún más problemáticos de abuso de drogas.

La irónica inversión del actual tratado antidrogas abarca no sólo una defensa afirmativa de las formas más benignas del uso de drogas, como las campañas de legalización del cannabis, y la fuerte campaña prococa de los grupos indígenas andinos, sino también un tipo de ambivalencia y ambigüedad de verdadera honestidad que caracteriza a muchos fumadores de opio a largo plazo, los cuales a menudo conocen muy bien tanto las ventajas como los inconvenientes de su hábito.

En cierto sentido, las diferentes formas de discurso irónico tienden a ofrecer mensajes sumamente precisos de prevención y educación a potenciales usuarios de droga en su propia sociedad: un entusiasmo casi sin restricción para las cualidades beneficiosas de la hoja de coca, un entusiasmo más calificado para los suaves efectos estupefacientes del cannabis, y un entusiasmo moderado por precaución al encantamiento potencialmente adictivo del opio. Estas actitudes no se limitan a las formas herbarias de las principales drogas; enfoques como las advertencias a los usuarios inexpertos de los daños de la cocaína refinada y los opiáceos son una parte de la subcultura de estas drogas tanto en el mundo en vías de desarrollo como en otras partes. En ocasiones, tal postura pasa por delante de la lógica económica; el estudio de Andrade (1989) sobre los traficantes de cocaína a pequeña escala en Ecuador, por ejemplo, demuestra que los individuos que siguieron en el negocio se mostraron poco dispuestos a aumentar su clientela regular y evitaron vender su producto (*basuco*) a principiantes y usuarios problemáticos.

De todas formas, estas posiciones basadas como están en el sano instinto de supervivencia y en una considerable experiencia colectiva de las drogas en cuestión, se prefieren notablemente a la hipocresía y oscurantismo de la mayoría de las autoridades oficiales de los países en vías de desarrollo. En los pasillos del poder, la opresiva reproducción de la aprobada retórica internacional antidroga se asocia, frecuentemente, con el beneficio directo o secundario del mercado ilegal. Donde todo son dobles estándares la moralidad de 'perseguir a los traficantes de drogas' no es solo una inquisición y una guerra de clases, también es la Gran Mentira elevada al ámbito de política nacional. A largo plazo, tal mentira indudablemente corroerá la legitimidad del estado y hará entrar nuevas formas de inestabilidad política, tal como lo han ilustrado tan gráficamente los estados andinos y el Triángulo de Oro en décadas recientes.

La única alternativa positiva a la inacabable lucha contra la droga debe ser, entonces, empezar con el proceso que he llamado "inversión irónica" y reconocer en él una respuesta al intento de relegitimación de los que no tienen poder, los marginados y los desheredados. Estas voces, las de los usuarios de droga así como también la de los productores y traficantes, expresan la necesidad de una forma de educación básica sobre las drogas que respete las opiniones de los participantes directos. De esta forma sería posible, por ejemplo, pensar en el administrador de una madriguera de opio no sólo como un traficante de droga, sino como un trabajador extra en el área del sida y de la prevención de la dependencia de opiáceos. Hacer esto, de todas formas, requiere un cambio bastante radical de las perspectivas hasta ahora adoptadas por las autoridades. Y por encima de todo, exige un reconocimiento formal y no cualificado de los derechos humanos de los usuarios de droga y también de los traficantes y productores.

La extensión de la lógica de los derechos humanos a grupos normalmente excluidos en virtud de su estatus delictivo tiene implicaciones importantes en el reconocimiento de los usuarios de drogas, productores y traficantes como personas capaces de controlar su propio destino y por tanto como ciudadanos responsables de sus acciones y en ausencia de cualquier perjuicio directo o activo a terceros, dignos de reconocimiento social y respeto ante la ley.

Las cárceles de todo el mundo están pidiendo ser liberadas de la enorme masificación causada por los "prisioneros de la guerra contra la droga" encerrados por las redadas antidroga, una gran proporción de los cuales no son los mismos usuarios, sino "los machos" y otros intermediarios a pequeña escala atraídos por el comercio de la droga por falta de otras opciones económicas.

Los productores de cultivos de drogas también tendrían que haber sido reconocidos hace tiempo como agricultores legítimos, y ya es hora de que los programas de sustitución de cultivo impuestos en nombre del progreso sean denunciados por lo que son: intentos toscos y coloniales de manipulación política. Más que una guerra dirigida a grupos de población particulares, las actuales campañas son tomadas como una forma de guerra estrictamente económica. Desprovista de su justificación retórica su autodenominado Divino Derecho en la expulsión del Mal, la guerra a las drogas es percibida simple y correctamente como el rechazo simbólico del mercado para los productos de ciertos países empobrecidos y sin defensas. Esto es aún más mortificante si se tiene en cuenta que la prohibición de sus exportaciones está siendo forzada por los representantes de estos mismos países cuyas drogas (tabaco, alcohol y fármacos) son suministradas a través de subsidios e incentivos, e introducidas enérgicamente por un sistema de mercado mundial.

Ha llegado el momento de desafiar este doble estándar institucionalizado. El actual presidente de Bolivia quiere liberar las exportaciones de hoja de coca, y en 1992 presentó peticiones a Naciones Unidas a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización de Estados Americanos. Se puede predecir confidencialmente que será seguido y emulado por otras naciones. Una vez liberados de la necesidad de reproducir la prevalente ortodoxia internacional, los países en vías de desarrollo reconocerán que poseen una habilidad considerable e insospechada para tratar sus propios problemas legítimos de drogas. Una sociedad no está expuesta al uso de la coca, opio o cannabis durante cientos de años sin desarrollar algún entendimiento colectivo de los riesgos y beneficios de las diferentes formas y contextos del consumo de droga.

Quizás el mensaje único del 'tradicional' uso de la droga se encuentra aquí: en su reconocimiento de la necesidad de proveer a las sociedades de una orientación positiva en el uso de drogas, civilizar las drogas ofreciendo un contexto social de apoyo para su consumo y promover un sistema simbólico que esté a tono con las expectativas de sus eventuales usuarios. Hasta este punto, no sería una exageración decir que la reducción de daños eventualmente puede tener más que aprender que enseñar del mundo en vías de desarrollo.

CAPÍTULO 19

POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

NAOTAKA SHINFUKU

Salud, OMS y consumo de alcohol y otras drogas

La salud fue definida en la Constitución de la OMS (1946) como un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o de dolencias. En base a esta definición, la OMS tiene la misión de desarrollar programas sobre salud mental, incluyendo la prevención del abuso de alcohol y de drogas. El enfoque tradicional de la OMS se ha basado, en colaboración con los Estados miembros, en la prevención de enfermedades contagiosas y en la consolidación de los cuidados básicos de salud. Sin embargo, las enfermedades asociadas con los estilos de vida y los comportamientos se han convertido en importantes problemas de salud pública y sociales. Recientemente, esta tendencia se ha vuelto evidente en los países en vías de desarrollo. Los daños asociados a la intoxicación aguda de alcohol y la transmisión de la infección por VIH por haber compartido material de inyección infectado entre los UDVP son actualmente reconocidos como la mayor amenaza para la salud en muchos países en vías de desarrollo, incluso en algunos con escasos recursos sanitarios. En consecuencia, se ha requerido que la OMS aumente su colaboración con los Estados miembros para reducir los daños resultantes del consumo de alcohol y de otras drogas.

Un programa especial sobre el abuso de sustancias

En septiembre de 1990, la OMS estableció un nuevo Programa sobre el Abuso de Sustancias (PSA) en respuesta al aumento de los problemas causados por el alcohol y las drogas, que en los últimos años ha sido experimentado por un creciente número de países del mundo entero. El objetivo global de este programa especial es, en primer lugar, reducir el impacto que actualmente tiene sobre la salud el uso de sustancias psicoactivas y lograr el bienestar de las poblaciones del mundo y, en segundo lugar, prevenir la aparición de nuevas formas de abuso de sustancias. Los objetivos específicos son: 1) reducir la demanda de sustancias adictivas; 2) reducir el impacto del abuso de sustancias sobre la salud y el bienestar de los individuos y de sus familias; 3) desarrollar enfoques eficaces para el tratamiento de la dependencia a una sustancia y las enfermedades asociadas a ella ; 4) participar en el control y uso de sustancias psicoactivas ilegales; 5) integrar componentes de salud importantes dentro de los programas de desarrollo destinados a reducir el abastecimiento de sustancias narcóticas ilícitas.

Análisis de la situación actual

Cada año, se le pide a la Comisión de las Naciones Unidas (UN) sobre Drogas Narcóticas un informe de la situación y las tendencias sobre el abuso de drogas y el tráfico ilegal para el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. De acuerdo con el informe de la Comisión que se reunió en Viena en enero y febrero de 1992, la situación mundial del

abuso de drogas es, en general, estable e incluso está mejorando, siendo África y América del Sur las principales excepciones de estas tendencias.

Sin embargo, el informe apuntó que la situación se está deteriorando en muchos países en vías de desarrollo con un aumento de los problemas asociados al cannabis, la cocaína, la heroína y demás sustancias psicotrópicas. En el norte de EE.UU., el consumo de cocaína y de cannabis ha disminuido. Sin embargo, esa tendencia está contrarrestada por el aumento del abuso de drogas tipo cocaína en América del Sur y de cocaína y cannabis en algunas islas del Caribe. La situación se considera generalmente estable en Europa, Oceanía, Asia y en el Lejano Oriente.

El abuso de opiáceos se considera como un problema serio en todas las áreas, salvo en América del Sur. En Europa, Oceanía, Asia y en el Lejano Oriente, los opiáceos son las drogas que representan el mayor problema. La tendencia del consumo de heroína estaba disminuyendo en Europa y en el Norte de América. En cierta medida, esa misma tendencia se podía registrar también en Asia y en el Lejano Oriente, donde el uso del opio es tradicional y donde, precisamente, ha ido disminuyendo. Sin embargo, en África, Oriente Próximo y Oriente Medio el abuso de los opiáceos, incluyendo y en particular la heroína, iba en aumento. El consumo de alcohol y los problemas que se asocian a las anfetaminas y a otros estimulantes han aumentado ligeramente en África y en algunos países de Asia, en el Lejano Oriente, Próximo Oriente, Oriente Medio y en Oceanía. En resumen, la epidemia generalizada de las drogas adictivas va en aumento en los países en vías de desarrollo y probablemente se esté estabilizando en muchos países desarrollados.

Alcohol

En el pasado, los problemas derivados del alcohol eran únicos de los países desarrollados. Sin embargo, en los últimos años, una variedad de problemas asociados al consumo de alcohol, incluyendo los accidentes y problemas de producción en los lugares de trabajo, los accidentes de tráfico en carretera, la violencia y el crimen, se han hecho muy corrientes en los países en vías de desarrollo.

Estos países tienen dificultades para desarrollar unos programas eficaces de prevención de los problemas derivados del consumo de alcohol. El perfil de los países presentes en el Encuentro InterRegional sobre Problemas Asociados al Consumo de Alcohol, que tuvo lugar en Tokio, en Abril de 1991, presentaba unos contrastes interesantes entre las complicaciones encontradas en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo (Programme on Substance Abuse, 1991). Entre 1978 y 1988, hubo una fuerte disminución del consumo de alcohol *per capita* en la mayoría de los países desarrollados. Australia, Canadá, Francia y Alemania del Oeste registraron una disminución del consumo de más del 10%; Suecia y los Estados Unidos registraron también una disminución del 7% y el 9% respectivamente. Los países con fuerte tradición de consumo de alcohol, tales como Irlanda, Italia y España, registraron una disminución del 23%, 33% y 22% respectivamente. Solamente en el caso de Japón y de Finlandia, donde el consumo *per capita* era relativamente bajo, el consumo de alcohol fue más alto en 1988 que en 1978.

Como era de esperar, en muchos países desarrollados, la disminución del consumo de alcohol ha ido acompañada por una reducción de los problemas derivados de dicho consumo (por ejemplo: cirrosis de hígado, admisiones en hospitales psiquiátricos con diagnóstico de

alcoholismo, infracciones en la conducción y actos violentos asociados al alcohol). En contraste con los resultados generales optimistas registrados en varios países desarrollados, las presentaciones hechas desde algunos países en vías de desarrollo eran alarmantes. Mientras que en varios países desarrollados el consumo de alcohol registró un aumento a mitad de los años 70 para luego ir disminuyendo, dicho consumo está apareciendo rápidamente en muchos países en vías de desarrollo, como África, islas del Caribe, del Pacífico del Sur y en algunas partes de América Central y del Sur, en particular.

Esta situación requiere una atención especial en la reducción de los daños asociados al consumo de alcohol y de drogas en los países en vías de desarrollo con la máxima ayuda de los esfuerzos internacionales para poder aliviar este tipo de problemas.

Los programas y estrategias de la OMS sobre alcohol y drogas

Las estrategias de reducción de daños de los programas de la OMS se deciden entre los estados miembros. Los programas políticos de la OMS sobre los problemas asociados al consumo de alcohol y de drogas están determinados por resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud Mundial y de los Comités Regionales.

En el campo de las drogas, la Single Convention on Narcotic Drugs (1961) y la Convention on Psychotropic Substances (1971) son las bases de la actividad de la OMS. Esas dos convenciones conforman el marco político para los estados miembros en cuanto a control de la producción, el transporte y el uso de las sustancias narcóticas y psicotrópicas.

La estrategia principal de la OMS ha sido colaborar con los estados miembros para formular y reforzar las políticas nacionales y los programas para la prevención y el control del abuso de alcohol y de drogas. En el pasado, el Departamento Regional del Pacífico Oeste de la OMS colaboró con algunos estados miembros en las actividades siguientes: 1) elevar el nivel de conciencia del impacto sobre la salud pública de los problemas asociados al abuso de alcohol y de drogas; 2) apoyar y fortalecer el establecimiento de programas nacionales interdisciplinarios y plurisectoriales; y 3) apoyar la formación y la investigación en el campo del abuso de alcohol y de drogas.

Política nacional sobre alcohol y drogas

El apoyo al desarrollo de unos amplios programas políticos nacionales sobre alcohol y drogas ha sido el concepto clave de la colaboración de la OMS con los estados miembros. Al principio, el concepto era nuevo para la mayoría, pero gradualmente fue aceptado por ser el conjunto de respuestas nacionales más efectivo a los problemas de abuso de alcohol y de drogas. Para los miembros de gobiernos procedentes de países en vías de desarrollo, con unos recursos limitados, los programas de tratamiento para las personas dependientes del alcohol o de drogas no eran socio culturalmente relevantes, ni tampoco desde el punto de vista del coste / efectividad. Los extensos programas políticos nacionales sobre alcohol y drogas incluyen una serie de medidas diseñadas para limitar el abastecimiento de drogas, para disminuir la demanda y para reducir los daños asociados al consumo de alcohol y de drogas.

Las medidas de reducción del abastecimiento incluyen la regulación de la producción, distribución y tasación. La producción es regulada por el control de la producción comercial y doméstica, incluyendo las drogas ilegales y por el control de las importaciones incluyendo el abastecimiento agrícola. La distribución está regulada por medidas tales como el control del

punto de venta, y el número de estos. La reducción de la demanda comprende una serie de medidas incluyendo la regulación de la publicidad, acuerdos internacionales para reducir la publicidad -y la promoción de acuerdos entre naciones-, la regulación del consumo a través de unas políticas de apoyo al abastecimiento de bebidas sin alcohol, y una educación sanitaria dirigida al público en general, a los grupos de riesgos específicos, a los trabajadores y a los líderes de opinión.

Medidas diseñadas para reducir los daños asociados al consumo de alcohol y de drogas

La reducción de daños cubre una variedad importante de actividades. Los problemas asociados a la intoxicación pueden reducirse con medidas que tiendan a prevenir los accidentes de tráfico, la violencia, los problemas familiares y el alcoholismo en la vía pública. La distribución de agujas y jeringas estériles puede reducir la epidemia de VIH entre los UDVP. Los problemas crónicos se pueden prevenir con diagnósticos e intervenciones precoces, el desarrollo de tratamientos a nivel atención primaria, la mejora de los tratamientos especializados y la mejora de los procedimientos de derivación. Los programas de mantenimiento con metadona para usuarios que se inyectan heroína han sido introducidos en varios países como una medida práctica de la reducción de daños asociados a las drogas.

Esta no es una lista exhaustiva de las medidas de reducción de daños. Sin embargo, indica las principales áreas que necesitan ser cubiertas por una comprehensiva política nacional sobre el alcohol y las drogas. Esta lista demuestra que la reducción de daños ha sido una parte esencial de la colaboración de la OMS con los estados miembros. La infección por VIH y el sida entre los UDVP enfatizó la importancia de que la reducción de daños se incorporase al programa de cooperación de la OMS con los estados miembros en respuesta a los problemas causados por el uso de esas sustancias.

Alternativas políticas y cultura

El Departamento Regional del Pacífico Oeste de la OMS cubre 36 países. Los estados miembros difieren en tamaño de población, nivel de desarrollo socio-económico, y tradiciones culturales y religiosas. Cultura y Religión inciden enormemente en la elección de las políticas públicas incluyendo las que se refieren al alcohol y a las drogas. Brunei y Malasia han adoptado la religión islámica como religión nacional oficial. China, Japón y la república de Corea están fuertemente influenciados por los valores tradicionales asiáticos asociados al Budismo y al Confucianismo. Australia, Nueva Zelanda, Papua Nueva Guinea y las islas del Pacífico del Sur están bajo influencias católicas que valoran más las libertades individuales que la conformidad con los valores colectivos. Las diferentes culturas definen diferentes opciones políticas en respuesta al uso de drogas inyectadas. Tradicionalmente, los países no asiáticos y no islámicos de las Regiones del Oeste del Pacífico consideran los programas de mantenimiento con metadona o el abastecimiento de agujas y de jeringas gratuitas como medidas de reducción de daños aceptables para UDVP.

Además se debe considerar el alto precio de los programas de metadona y de intercambio de agujas y jeringas para los países en vías de desarrollo quienes cuentan con unos recursos muy limitados. Sin embargo, la introducción en los años 70, y su posterior

aceptación, del mantenimiento con metadona en Hong Kong, la más reciente y notable extensión del programa de abstinencia con metadona en Tailandia en respuesta al VIH y el comienzo del programa de intercambio de agujas y jeringas en Nepal, sugieren que se podrían poner al alcance de los promotores de programas políticos más latitudes de las que habitualmente se piensa.

En algunos países musulmanes el consumo de alcohol está prohibido por ley. En países de Asia, tales como China, Japón y la República de Corea, el uso de drogas ilegales, incluyendo la heroína, las anfetaminas y la marihuana constituyen una ofensa, y un acto criminal el tener experiencia personal de drogas ilegales. Se considera que los programas de sustitución de drogas “echan a perder a la persona”. Mucha gente en Asia cree que las experiencias de desintoxicación “a la brava”, sirven para ayudar a las personas dependientes de las drogas a luchar contra su adicción.

Las principales limitaciones

Existen varias limitaciones para el cumplimiento de los programas de reducción de daños en los países en vías de desarrollo, incluyendo la falta de amplios programas políticos nacionales, la escasez de mano de obra y la falta de datos necesarios. Se necesitan amplios programas y políticas nacionales para el consumo de alcohol y de drogas para reducir esos problemas. Sin embargo, en muchos países y áreas de las regiones del Oeste del Pacífico, simplemente, tales programas no existen. Allí donde existen programas de alcohol y drogas en la región, estos están generalmente reservados a los programas de aplicación de la ley para los usuarios de drogas. Generalmente, en los países en vías de desarrollo, se concede a la demanda y a los programas y políticas de reducción de daños asociados al consumo de alcohol y de drogas una muy baja prioridad. Los ingresos derivados de los impuestos sobre el alcohol y otros beneficios económicos para los gobiernos, provenientes también de las industrias de bebidas alcohólicas pesan siempre más que los problemas de salud.

De hecho, los gobiernos están a menudo interesados en incrementar el consumo de alcohol puesto que eso significa un aumento de los ingresos del Estado a través de los impuestos. Sorprendentemente, pocos gobiernos están preocupados por la salud y el coste social del alcohol que son, a largo plazo, más altos que los ingresos obtenidos por los impuestos con que se grava estos productos. Las presiones de las fuertes campañas de marketing internacionales y locales destinadas a incrementar la venta de bebidas alcohólicas son un obstáculo añadido a la creación de unos programas y políticas nacionales en los países en vías de desarrollo. Esas condiciones deberían mejorar gracias a los esfuerzos concertados de los expertos y responsables de los gobiernos oficiales, incluyendo los de los países exportadores de alcohol.

En muchos países en vías de desarrollo, se dispone de muy pocos recursos para reducir la demanda de alcohol y de drogas o para minimizar los problemas consecutivos al consumo de sustancias que alteran el estado de ánimo. Los expertos en medicina están completamente ocupados en proporcionar tratamientos para las enfermedades y muy pocos están interesados en la reducción de los daños asociados al consumo de alcohol y de drogas. Los esquemas de consejos para tratar con los problemas de alcohol y de drogas generalmente van incluidos en los programas de estudios. Sin embargo, varios estudios sugieren que el alcohol, las drogas y la infección por VIH están afectando en gran medida al potencial humano cualificado en los países en vías de desarrollo, tales como los líderes políticos y profesionales de la salud. A

pesar de la magnitud de los problemas que resultan del uso del alcohol y de las drogas en los países en vías de desarrollo, se dispone de muy poca información sobre la importancia, las tendencias y la naturaleza de esos problemas.

La infección por VIH y el abuso de drogas

En los últimos años, el número de usuarios de drogas inyectadas infectados por el VIH en los países en vías de desarrollo ha aumentado rápidamente y se estima que seguirá aumentando aún más, particularmente en Asia (Li & Yeogh, 1992). Los usuarios de drogas inyectadas infectados por el VIH se han transformado en la fuente más importante de transmisión del VIH en algunos países de Asia. El VIH se transmite de los usuarios de drogas inyectadas infectados a los y las “trabajadores del sexo” que a menudo son sus parejas sexuales. Los/as “trabajadores/as del sexo” transmiten en sus relaciones comerciales sexuales no protegidas el VIH a la población en general. El predominio del VIH entre los UDVP difiere de un país al otro e, incluso dentro de un mismo país, la prevalencia varía considerablemente entre ciudades. Por ejemplo, en Nueva York, la prevalencia es de alrededor del 50% mientras en San Francisco se ha mantenido en un 12%. El mismo fenómeno se puede observar en el Reino Unido; en Edimburgo, más del 50% de los UDVP están infectados por el VIH (Robertson et al., 1986) mientras solamente el 5% ha sido infectado en Glasgow.

La muy rápida propagación de la infección por VIH entre los UDVP en algunos de los países en vías de desarrollo es alarmante: en Tailandia, alrededor del 50% de los UDVP en Bangkok y más del 70% en el norte del país son VIH positivos (Weniger et al., 1991; Patrick & Li, 1992). Incluso en la República Popular China, durante los años 1989-1991, de 1690 test de anticuerpos VIH realizados entre usuarios de drogas dieron 391 positivos (21,4%) (informe sobre China para la OMS de Manila). Esos casos son en su mayoría procedente de Yunnan, una provincia a la frontera del llamado “Triángulo de Oro”, que es la mayor fuente de opio del mundo. En Malasia, una encuesta hecha en 1991 a 1.500 UDVP reveló que 169 estaban infectados por el VIH (11,3%) (informe sobre China para la OMS de Manila). Esos casos podrían aumentar en un futuro próximo salvo que se establezcan unos programas de reducción de daños efectivos.

En la región del Oeste del Pacífico, el número acumulativo de casos reconocidos de sida y de infección por VIH a fecha de 1 de enero de 1992, era de 4.066 y 22.000, respectivamente. Entre los casos reconocidos de sida, los de los países desarrollados como Australia, Nueva Zelanda y Japón contabilizan unos 3.757 (el 92,4%). En estos países han habido 2.479 muertes por sida reconocidas. El número de casos de sida entre los UDVP era relativamente pequeño (80). Sin embargo, ese grupo y los casos atribuidos a la transmisión heterosexual son las categorías de casos de sida que crecen más rápidamente en esa zona. La distribución de casos adultos de sida estimada y proyectada anualmente indica que en un futuro próximo, Europa y el norte de América estarán en condiciones de tener la epidemia de VIH/ sida bajo control. Pero el sida será un problema creciente en zonas en vías de desarrollo tales como África, Asia y América latina (Chin, 1991). A este respecto, los programas de reducción de daños para usuarios de drogas en los países en vías de desarrollo serán la clave que determine la magnitud de la epidemia global de infección VIH en el siglo XXI.

Conclusiones

En primer lugar, los conceptos y las terminologías relevantes para la reducción de daños deben ser considerados como parte de una política y de un programa extensos sobre alcohol y drogas. En todo caso, es peligroso subrayar solamente la reducción de daños como reducción de suministro. La reducción de la demanda debería ser desarrollada en armonía, en particular en los países en vías de desarrollo con escasos recursos.

En segundo lugar, la magnitud de los problemas asociados al consumo de alcohol y de drogas es muy seria en los países en vías de desarrollo sometidos a cambios socioeconómicos rápidos. Además, la prevalencia de esos problemas está aumentando rápidamente y la mayoría de los países en vías de desarrollo no son capaces de hacer frente a la creciente magnitud de los problemas de alcohol y de otras drogas.

En tercer lugar, la reducción de daños es un componente relevante y necesario de los esfuerzos comprensivos destinados a reducir una variedad de consecuencias adversas producidas por las drogas que alteran el estado de ánimo, incluyendo lesiones, violencia, crímenes e infección por VIH.

En cuarto lugar, los países en vías de desarrollo -a medida que el consumo de alcohol y tabaco disminuye en los países desarrollados- están, cada vez más, en el punto de mira de las industrias multinacionales de venta de estas drogas legales.

En quinto lugar, los problemas asociados al alcohol son muy serios en los países del Pacífico Sur, incluyendo Papua Nueva Guinea. Los países desarrollados deberían proveer una asistencia técnica y financiera a los países dotados de menores recursos para ayudar al cumplimiento de sólidas políticas nacionales y programas para reducir los daños asociados al consumo de alcohol y de drogas. Las industrias multinacionales deberían establecer unas prácticas responsables de marketing para la venta de drogas legales a los países en vías de desarrollo.

En sexto lugar, la restauración de las identidades culturales y de los valores tradicionales es fundamental para intentar reducir el daño asociado a las drogas legales en los países en vía de desarrollo entre minorías tales como los indios de América, los esquimales de Alaska y los aborígenes de Australia.

En séptimo lugar, la reducción de daños entre los UDVP es necesaria también en los países en vías de desarrollo en vista a prevenir una eventual transmisión de la infección VIH entre la población. En todo caso, la introducción de esos programas requiere un asesoramiento cuidadoso de los antecedentes socioculturales del país y el apoyo del Gobierno al nivel político más alto.

En octavo lugar, a menos que se detenga la demanda de drogas en los países prósperos, los problemas de droga seguirán en los países en vías de desarrollo. Las rutas del tráfico de drogas en los países en vías de desarrollo experimentan unos efectos de rebosamiento y eso puede ser la mayor causa del aumento del consumo de drogas y de los problemas derivados entre la población local.

Las políticas nacionales sobre alcohol y drogas deberían ser "humanas, rentables y socio-culturalmente apropiadas". El apoyo de la comunidad y una fuerte determinación política serán indispensables para el éxito de políticas nacionales sobre alcohol y drogas. Cada país debería desarrollar una política nacional teniendo en cuenta los principios antes citados. De la misma manera, la política nacional debería ser consecuente con los acuerdos internacionales. La legislación de una sustancia establecida en un país puede tener un importante impacto

sobre los países vecinos. Tales consecuencias deberían ser exhaustivamente debatidas en los foros internacionales apropiados.

CAPÍTULO 20

CREAR POLÍTICAS PARA REDUCIR LOS DAÑOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS LEGALES EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO DEL PACÍFICO: ¿QUIÉN PUEDE AYUDAR?

SALLY CASSWELL

A medida que los mercados de alcohol y tabaco se han saturado en algunas partes del mundo industrializado, los profesionales de la salud pública han empezado a ver con preocupación como esos sectores de la industria empezaban su expansión en los países en vías de desarrollo. Las regiones del Pacífico no han sido una excepción y el uso de alcohol y tabaco en los estados de las pequeñas islas viene ahora facilitado por la producción y las prácticas de los medios de comercialización. Ya existe algún informe sobre el consumo y el daño asociado en la región y la OMS ha recibido peticiones de ayuda por parte de algunos gobiernos de la región para la prevención de los daños asociados al uso de alcohol.

Este capítulo se basa en la observación realizada por un participante de varios encuentros de la OMS y de otras entidades sobre los problemas de prevención del alcohol, en la literatura publicada y en el trabajo de campo llevado a cabo por el autor en los años 80 para investigar las consecuencias del alcohol en varias Islas del Pacífico.

Los mercados de alcohol y tabaco en los países en vías de desarrollo del Pacífico

Ni el alcohol ni el tabaco -las dos drogas legales que en muchos países industrializados contribuyen a la mayor parte del daño asociado al consumo de drogas-, estaban presentes en las naciones en vías de desarrollo del Pacífico antes de ser introducidos por los viajeros y colonos asiáticos y europeos. Su incorporación en el seno de las sociedades de las Islas del Pacífico ha sido fuertemente relacionada a los procesos de colonización y modernización (Marshall, 1982). Las deducciones hechas por los pueblos indígenas a partir de la observación del comportamiento de los turistas y de las descripciones hechas por los medios de comunicación sobre la vida en los países industrializados deben haber sido que el uso del alcohol y del tabaco son una parte integral de la moderna sociedad occidental.

El mundo industrializado, que introdujo el alcohol y el tabaco en el Pacífico, sigue jugando un papel primordial en el abastecimiento del alcohol, aunque se realice de formas diferentes. Entre estas se incluyen: las importaciones desde países industrializados (Australia y, en proporciones menores, Nueva Zelanda juegan un papel definitivo), la producción local dependiente de la importación de capital y de peritajes por parte de países industrializados (Heineken, la más involucrada a nivel global, tiene implicaciones en la región, como las tienen Australia y algunas pequeñas fábricas de cerveza europeas) y la producción local con licencia (tanto San Miguel como Heineken tienen licencia de fabricación en el Pacífico) (Casswell, 1985).

La tecnología importada de los países industrializados ha supuesto la modernización de la mayoría de las fábricas de cerveza en el Pacífico tal como en cualquiera de los países en vías de desarrollo (Kortteinen, 1990). En Tahiti, por ejemplo, la fabricación de la cerveza está altamente automatizada (Islands Business Pacific, julio 1991). Las fábricas de cerveza tienen a menudo la capacidad de producir más allá del consumo nacional y tratan de exportar a cualquier otro país del Pacífico.

El consumo de alcohol que predomina en el Pacífico es la cerveza, y es su producción comercial, y no una elaboración casera, la que hace aumentar con toda seguridad su volumen. No se dispone de estadísticas exactas sobre este sector informal de la producción, y aunque existen modos de producción local tradicionales que remontan a los tiempos de la colonización (Casswell, 1989), no están probablemente tan arraigados culturalmente, o no tan extendidos como en otras partes -en África, por ejemplo (Kortteinen, 1990)-. La cerveza producida comercialmente, con todos sus matices de modernización, a menudo combinados con una imagen de marca nacional, parece ser la bebida preferida de la mayoría de los consumidores (Casswell, 1986).

Las estadísticas sobre producción, importaciones y exportaciones de alcohol en el Pacífico muestran que el consumo en muchos de los estados de las islas aumentó durante la década de los años 70-80 (Casswell, 1989; Smart, 1991). Vanuatu fue la excepción más notable, probablemente influenciada hasta cierto punto por el flujo de expatriados después de la Independencia. Muchos de los países de los cuales disponemos de datos presentan un aumento bastante lento, y sus estimaciones de consumo *per capita* están en o por debajo de 2 litros de alcohol puro por habitante. Esto puede ser comparado con Nueva Zelanda y Australia donde se consumen entre 7 y 9 litros por cabeza. En los territorios franceses, el consumo por persona era más alto que en los otros países en vías de desarrollo, de la misma manera que era bastante rico en estados como Belau.

No parece existir ningún tipo de estudio comparativo sobre las estadísticas de producción de tabaco, su importación y exportación, que estime los niveles de consumo *per capita* en los países en vías de desarrollo del Pacífico.

Daños asociados al uso del alcohol y del tabaco

La comparación con Australia, en términos de estimación del consumo de alcohol *per capita*, no puede ser interpretada como indicativo de que un daño relativamente pequeño o nulo se asocie al consumo de alcohol en los países en vías de desarrollo del Pacífico. En comparación con Australia, una proporción más alta de población de los estados de las islas es abstemia (Casswell, 1986), y las cantidades bebidas por individuo son probablemente similares a las de los países industrializados (Ringrose & Zimmet, 1979; Marshall, 1983).

Más aún, el contexto cultural, político y económico del consumo es, obviamente, muy diferente del de los países industrializados, en aspectos que impactan sobre la experiencia y los modos de tratar los problemas asociados con el alcohol. La calidad de las carreteras y de los vehículos de motor es un ejemplo evidente. Otro ejemplo es la ruptura de los patrones tradicionales de participación en la vida comunitaria y su sustitución por una economía monetaria de la cual un número significativo de gente joven está excluido. La combinación de alcohol y desempleo estaba detrás de los disturbios provocados por los Kanaks en Nueva Caledonia, a principios del año 92. En opinión de los periódicos (Dominion, 16 de marzo 1992) y según los resultados de un estudio sobre el vino de palma (bebida de Bali), los niveles inusualmente altos de consumo estaban relacionados con la falta de oportunidades de empleo (Suryani Adnyana & Jensen, 1990).

El alcohol puede contribuir a perturbar el orden público y la seguridad, a disminuir la productividad y el rendimiento económico y a dañar la salud pública (Maleka & viikari, 1977). Esas tres áreas de daños potenciales asociados al alcohol aparecen en los países en vías de desarrollo del Pacífico.

Sólo se dispone de los datos de una pequeña investigación relativos al daño asociado al alcohol en el Pacífico, una notable excepción habiendo sido recogidos los datos etnográficos en Papua Nueva Guinea en los años 70 con el apoyo de Mac Mashall (Marshall, 1982). Las pruebas anecdóticas dadas por informadores clave en numerosos países y a través de debates populares en los medios de comunicación respaldan los datos disponibles de la investigación limitada sugiriendo un impacto en cualquiera de las tres áreas. Por ejemplo, en 1977, el Centro Asiático y Pacífico para Mujeres y Desarrollo expuso: "...la cuestión de los maridos violentos y alcohólicos y el consecuente despilfarro de dinero destaca como el problema más sincero y exasperado de las mujeres de la región" (Marshall & Marshall, 1990).

La implicación del alcohol en el desorden público es seguramente un tema constante (Marshall, 1979; Casswell, 1986). La cobertura periodística de los delitos en la pequeña isla de Tuvalu en 1991, por ejemplo, puso el énfasis en la relativamente pequeña cantidad de delitos en una sociedad que seguía todavía muy apegada a su ética tradicional y a su manera de vivir. En todo caso, los delitos que habían parecían estar asociados al uso de alcohol y éste fue descrito por la policía como el enemigo público número uno (Island Business Pacific, abril 1991).

En países que han tenido cambios socioculturales más importantes, el alcohol es también citado numerosas veces como factor principal de delitos, en particular en los crímenes violentos, incluso en la violencia doméstica. Existen indicios de una percepción muy extendida de que el alcohol desempeña un papel causal en tal violencia que muchas fuerzas de policía en la región registran de manera rutinaria en categorías tales como "mayor agresión surgida después de consumir alcohol" (Casswell, 1986). Los etnógrafos señalan que existe un alto nivel de violencia no asociada al consumo de alcohol, pero también han proporcionado datos sobre la manera según la cual los comportamientos alcohólicos tienden a aumentar la probabilidad de violencia (Mahoney, 1974; Lindstrom, 1982; Sexton, 1982; Walter, 1982; Warry, 1982).

El delito con violencia, en tanto que asunto de orden público, tiene también impacto sobre los servicios sanitarios a causa de las lesiones y daños resultado de éste. Entre 1976-1980, los diversos exámenes *postmortem* que se realizaron en Papua Nueva Guinea sobre las muertes traumáticas mostraron que casi la mitad de ellas fueron causadas ya fuera por instrumentos punzantes en reyertas y en peleas domésticas, o por armas afiladas y penetrantes, tales como hachas, que fueron utilizadas por agresores desconocidos en ataques y peleas. Cerca de una de cada cinco víctimas tenía niveles de alcohol en sangre igual o superior a 80 mg/100 ml (cifra muy probablemente infraestimada debido al tiempo pasado antes de que la muestra fuera tomada) (Sinha et al., 1981).

La otra mitad de la serie de exámenes *postmortem* ocurrieron en accidentes de coches. En esos análisis de sangre, el alcohol alcanzaba un nivel por encima de 80 mg/100 ml en un tercio de ellos (Sinha et al., 1981). No se disponen datos de una investigación similar en ninguna parte de las Islas del Pacífico pero la cantidad de accidentes y las pruebas anecdóticas sugieren que el alcohol estaba implicado en todos. Los niveles registrados en Papua Nueva Guinea son similares a los de los países industrializados (Roizen, 1982), donde los niveles del consumo *per capita* son mucho más altos. Eso refleja tanto un patrón de consumo duro que ocurre en ocasiones puntuales, sugerido por los datos registrados en las encuestas hechas en Nauru (Ringrose & Zimmet, 1979) y en Papua Nueva Guinea (Marshall, 1983) como deficiente estado de las carreteras y los modos habituales de conducir.

En casi todos los países en vías de desarrollo, la relativa importancia de los accidentes registrados en el sistema médico han aumentado en los 15 últimos años debido tanto al

aumento de la importancia de las lesiones debidas al azar como al mayor control de las enfermedades infecciosas y parasitarias (Stansfield, Smith & McGreevy, 1990).

En un marcado contraste con el alcohol, el tabaco no provoca problemas de orden público o agresiones. Sin embargo, tiene unos efectos muy importantes sobre el fumador (y sobre los que están expuestos al humo) por los efectos físicos de una exposición crónica. Y el riesgo de enfermedades respiratorias aumentan para el fumador pasivo (Servicios de Salud Pública de los EE.UU, 1986; kawachi, Pearce & Jackson, 1989).

Estas relaciones han llevado al tabaco a aparecer como el responsable más significativo de muerte prematura asociada al uso de droga en muchos países industrializados y también ahora en los países en vías de desarrollo. El pronóstico dado de las muertes asociadas al tabaco en la 8ª Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud, en Marzo de 1992, era de 7 millones de muertes en los países en vías de desarrollo en el año 2025 (comparado con los 2 millones de los países industrializados). Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer aparecen ahora encabezando las causas de muerte en muchos estados del Pacífico (Taylor, Lewis & Levy, 1989).

En contraste con el alcohol -donde los daños que sufren las mujeres están predominantemente asociado con el consumo que hacen los hombres-, el uso de tabaco es una fuente de daño más directa. Este es, ciertamente, el modelo de los países industrializados, donde el consumo de tabaco de los hombres está bajando cada vez más, dejando paso al consumo creciente entre mujeres (Graham, 1989) y pudiendo llegar a ocurrir lo mismo en los países en vías de desarrollo. La primera Conferencia Internacional sobre Mujeres y Tabaco permitió afirmar en 1992 que “el uso de tabaco en las mujeres es una consecuencia global muy seria... Las compañías internacionales de tabaco reconocen abiertamente que las mujeres son un grupo diana. Eso se refleja en la publicidad y en las estrategias de promoción, el desarrollo de marcas diseñadas para seducir a las mujeres...”.

Por lo que se refiere a los efectos sobre la productividad y el rendimiento económico -la tercera categoría de daños asociados al uso de drogas-, existe poca información disponible sobre el papel que juegan tanto el alcohol como el tabaco en el Pacífico. Todos los países del Sur del Pacífico importan más tabaco del que producen (Stanton, 1990). Este déficit en el equilibrio del comercio del tabaco tendrá un efecto adverso sobre el rendimiento económico.

Ha habido pocos debates acerca del impacto de la producción de alcohol a nivel macro económico en la región. La mayoría del alcohol globalmente consumido en los países en vías de desarrollo es de producción local (Kortteinen, 1989) y ocurre lo mismo en muchos estados de las islas del Pacífico. El problema económico surge entonces sobre el uso de los recursos requeridos para producir bebidas alcohólicas.

Comercialmente, la producción de alcohol y tabaco, bien importados o bien producidos localmente, es cara en comparación con los ingresos disponibles. En 1990, más del 25% de los ingresos de los habitantes de las islas Fidji iba destinado a la compra de cigarrillos (L. Leslie, G. Groth-Marnat & M. Renneker, 1992, datos no publicados) y, según el Departamento de Estadística, el 6% de los presupuestos familiares, en todo el país, se gasta en alcohol y tabaco (Duignan & Casswell, 1990). Varios estudios sobre los gastos domésticos en las tierras altas de Papua Nueva Guinea en los años 70 y al principio de los 80 eran consecuentes en sugerir que cerca del 30% del gasto era en alcohol (Townsend, 1977; Grossman, 1982; Sexton, 1984). En el oeste de Samoa, en 1991, se informaba que a una persona con un sueldo medio le costaba un promedio de tres horas de trabajo poder comprar una cerveza (Island Business Pacific,

marzo 1991). (En comparación con una estimación de casi 15 minutos para un Nuevo Zelandes en 1991.)

Las mujeres, en particular, expresan su preocupación por los gastos que genera el alcohol, presumiblemente porque ellas asumen la responsabilidad de alimentar y alojar a los hijos. En todo caso, la preocupación por los efectos económicos es más extendida y cuando los dirigentes locales han intentado recortar el acceso al alcohol, los motivos dados han incluido el deseo de utilizar el dinero para otras cosas (Piau-Lynch, 1982; Casswell, 1986).

La productividad en el ámbito individual también puede verse afectada por el consumo de alcohol y aunque no dispongamos de datos de investigación, los informantes clave expresan sus preocupaciones al respecto. Los accidentes laborales son más importantes entre los varones jóvenes y ese grupo constituye la mayor parte del sector de la agricultura. Los informantes también señalaron que los empleados de los servicios públicos y de comercio son los que tienen más acceso al alcohol producido para su comercialización.

La mayoría de los daños asociados al tabaco y al alcohol descritos en los países en vías de desarrollo del Pacífico son similares a los que se encuentran en los países industrializados de la región, aunque la falta de recursos en los países más pobres puede producir un gran impacto relativo sobre la salud y los sistemas de orden público, por ejemplo.

Estrategias de reducción de daños

En cierta medida, las estrategias que se revelaron efectivas en los países industrializados también serán valiosas para reducir el daño asociado al alcohol y al tabaco en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, el efecto de los programas políticos desarrollados en cualquier país dependen de un complejo entramado de interacciones entre las características culturales, políticas, económicas y sociales de esa comunidad. La pequeña cantidad de información de la que disponemos sobre el Pacífico nos demuestra que no se trata solamente de una transferencia directa y sencilla de programas políticos de reducción de daños asociados al alcohol o al tabaco desde los países industrializados hacia los países en vías de desarrollo. Sin embargo, al mismo tiempo debemos aprender de las experiencias de los países industrializados que han luchado para contener los efectos de niveles de consumo *per capita* aún más graves de lo que los países en vías de desarrollo ya han experimentado.

Una de las estrategias que se ha revelado relativamente efectiva en los países industrializados, desde el punto de vista económico, es la de controlar el precio del alcohol y del tabaco con relación al coste de otras comodidades por medio de una política de impuestos (Kendell et al., 1983; Cook, 1987; Grossman, Coate & Arluck, 1987; Grossman, 1989; Laugesen & Meads, 1991 a). En Nueva Zelanda, por ejemplo, la política de impuestos de regulación de la inflación, tanto sobre el alcohol como sobre el tabaco, introducida en 1989, asegura que ninguna de esas dos drogas llegue a ser fácil de conseguir. Unos análisis econométricos han señalado que la disminución en el conjunto de los niveles de consumo, tanto de alcohol que de tabaco, registrada en Nueva Zelanda, había sido, en parte, el resultado de la política de impuestos (Laugesen & Meads, 1991b; Wette et al., 1993). También existen pruebas de que en los países industrializados, los jóvenes son particularmente sensibles al aumento de los precios tanto del alcohol como del tabaco (Grossman, Coate & Arluck, 1987; Grossman, 1989).

El resultado de los estudios sobre el precio real en los países en vías de desarrollo demuestra que la gente allí también está limitada por los precios y los ingresos. Los análisis

económicos de los precios de la cerveza en Kenya insinúa que la elasticidad es más grande de la que se encuentra a menudo en los países industrializados, lo que sugiere una diferencia en el prestigio del valor de una cerveza. En todo caso, la elasticidad a largo plazo muestra un impacto de los aumentos de precio (Partanen, 1991). Los datos de los que disponemos para la región del Pacífico, por las islas Fidji, hacen pensar que existe una relación entre el consumo de alcohol y el precio real (Casswell, 1986).

Los cambios en la disponibilidad del alcohol también han demostrado tener efectos sobre el consumo y los problemas asociados en los países industrializados. Unas reducciones marcadas en la disponibilidad han demostrado disminuir el consumo (Osterberg & Saila, 1991). En todo caso, en los últimos años, las reducciones bruscas en la disponibilidad no han sido políticamente factibles y los pequeños aumentos de disponibilidad han sido más corrientes, muchos de los cuales han demostrado aumentar los problemas asociados al alcohol (Osterberg & Saila, 1991). La única reducción importante de disponibilidad que ha sido políticamente factible en los últimos años en el mercado libre de los países industrializados ha sido aquella dirigida a un sector específico de la población, relativamente sin poder económico: los jóvenes. La medida legal de aumentar el límite de edad mínima para poder beber ha sido proyectada en el norte de América para reducir el consumo de alcohol y evitar los accidentes de coche asociados al alcohol entre los jóvenes (O'Malley & Wagenaar, 1991).

De todos modos, durante las dos últimas décadas la disponibilidad ha disminuido de forma notable en los países en vías de desarrollo del Pacífico (Marshall & Marshall, 1990). La experiencia de Truk, en la Isla de Moen, fue particularmente bien documentada aunque no haya sido, de ningún modo, un caso aislado (Millay, 1985; Marshall & Marshall, 1990).

Esa prohibición, introducida en el año 1978, se basaba en la unión de intereses de los hombres y mujeres más mayores. Ambos simbolizan una norma social opuesta a la del bebedor y a la de la embriaguez del varón joven. En Truk, la violencia del borracho característica de la manera de beber de los varones jóvenes en los años 70, antes de la prohibición, fue descrita por Marshall (1979) en el *Weekend Warriors* (Guerreros de Fin de semana). El alcohol satisfacía un tiempo libre legítimo diferente de los estándares morales y la necesidad de los jóvenes varones Melanesianos de demostrar que la valentía y los riesgos tomados en las peleas de borrachos en lugar de en el tradicional arte militar (Marshall, 1979). Las mujeres estaban en contra de la violencia pública, y de las muertes por accidentes de tráfico o asesinatos, en contra del gasto que hubiese podido servir de apoyo para la familia, de ser víctimas de los golpes recibidos por unos maridos borrachos y en contra también del abuso sufrido por sus hijos (Marshall & Marshall, 1990).

En los cinco años siguientes de transcurso a la prohibición, fracasaron tres intentos de anulación y, diez años más tarde, en 1988, todavía quedaba suficiente apoyo para poder mantener la prohibición (Marshall & Marshall, 1990). De ninguna manera la bebida había desaparecido de Moen, que ha sido llamada la "isla más mojada del Pacífico" (Millay, 1985). Un creciente mercado negro abastece de alcohol a los que son capaces de pagar unos precios inflados pero esta ley dio lugar a unos cambios importantes en la manera de beber: se ha desplazado de los lugares públicos a las afueras o a las casas particulares y se ha hecho hueco entre amigos y grupos familiares. Aunque siga habiendo casos de violencia causada por la bebida, ésta ocurre fuera de los lugares públicos y "ya no domina la atención y la audiencia que tuvo anteriormente" (Marshall & Marshall, 1990). Ha habido también un cambio en el clima social que envuelve a los bebedores en Truk, de tal manera que la embriaguez pública ha

vuelto a ser definida como algo vergonzoso (Marshall & Marshall, 1990). Las mujeres perciben las mejorías aportadas gracias a la reducción de la violencia tanto pública como doméstica.

Parece que esta prohibición, en Moen, gracias al aumento de los precios y a la influencia sobre las normas de sociedad, aunque no haya eliminado el acceso al alcohol, ha tenido un efecto positivo sobre los problemas asociados al consumo de alcohol.

Un ejemplo de prohibición, algo similar y igualmente fascinante, existe con el tabaco en el pueblo Fijian de Nabila (L. Leslie, G. Groth-Marnat & M. Renneker, 1992, datos no publicados). En ese caso, la población decidió que el pueblo entero debía dejar de fumar y se propuso que el dinero así ahorrado podría servir para costear la construcción de un centro comunitario. Antes de introducir una prohibición formal se reunieron todos los fumadores. Recolectaron todos los cigarrillos del pueblo, los fumaron en cadena hasta llegar a sentir náusea, y los pocos que quedaron fueron destruidos. Aquella noche, se celebró una larga ceremonia bebiendo *kava* y la prohibición se hizo efectiva. Cuatro individuos recayeron y cada uno de ellos sufrió las consecuencias negativas de esta recaída. El primero se levantó después de haber fumado un cigarrillo tropezó y se lastimó el cuero cabelludo. El segundo fue agredido por un perro justo después de volver a fumar y el tercero desarrolló una hinchazón de origen desconocido en los testículos dos días después de la recaída. El cuarto quedó inconsciente inmediatamente después de fumar un cigarrillo mientras estaba bebiendo su *kava*. Nueve meses más tarde, el fumar era descrito como un hábito “casi inexistente” (L. Leslie, G. Groth-Marnat & M. Renneker, 1992, datos no publicados).

La prohibición del tabaco tuvo lugar en una comunidad coherente que ha sido descrita como “altamente respetuosa con la autoridad”; apoyándose en una fuerte creencia en el poder de la prohibición creada a través de la ceremonia de la *kava* (L. Leslie, G. Groth-Marnat & M. Renneker, 1992, datos no publicados). En el caso de Moen, el grupo social era más grande, estaba en un proceso de cambio social y cultural rápido y era menos cohesivo. Todos esos factores han contribuido probablemente a un resultado más parcial de la prohibición del alcohol y el desarrollo de un mercado negro que descubre las necesidades de los bebedores y la élite que hace dinero con esto (Marshall & Marshall).

En todo caso, los investigadores que documentaron los programas políticos en Nabila y en Moen relataron algunas conclusiones similares acerca de los factores que llevaron la estrategia de prohibición hacia la aceptación y el éxito. En ambos casos, se puede señalar que, en comparación con la gente de países industrializados, allí había mucha más voluntad para realizar un juicio moral sobre el comportamiento. También en comparación con los países industrializados, había más aceptación de los valores colectivos y más una disposición para soportar las leyes que obligan el comportamiento individual.

Los dos casos estudiados ilustran que se descubrieron unas soluciones culturalmente apropiadas para mejorar algunos de los daños asociados al uso de drogas modernas introducidas en el Pacífico y que, esas soluciones, podían ser muy diferentes de los programas a punto de ser puestos en práctica en los países industrializados. Sirven para recordar a los investigadores y a los consultantes de los países industrializados que la naturaleza de las soluciones buscadas y encontradas en los países en vías de desarrollo serán a veces muy diferentes de las consideradas como apropiadas en sus propios países. Evidentemente, los resultados de los programas que funcionan en los países en vías de desarrollo cambiarán por el hecho de encontrarse con unas circunstancias diferentes y los programas considerados apropiados en Moen y en Nabila en los años 80 no serán forzosamente apropiados en el mismo marco en un futuro.

Investigación y defensa de la salud pública en los países en vías de desarrollo

Para volver a la pregunta planteada en el título de este capítulo, “¿Quién puede ayudar?”, las diferencias que ilustran el texto no quieren decir que la contribución exterior sea completamente inadecuada o inútil. En los dos casos de los estudios citados, el impacto de las ayudas exteriores fue un importante catalizador para el desarrollo de programas a corto plazo. Los profesionales de la salud (la Asociación Médica de Surfistas) en Fidji trabajaron para establecer actividades que promovieran la salud en el pueblo de Nabila, y el Comité de Mujeres de las Misiones de las Islas del Pacífico organizó una conferencia en 1976 donde la templanza y la prohibición fueron enfatizadas como importantes causas sociales que las mujeres de la Micronesia debían perseguir en sus comunidades. Unos meses más tarde, las mujeres de Truk jugaron un papel importante en el establecimiento de la prohibición en Moen.

En todo caso, esta influencia externa era recogida por la población indígena y incorporada en el desarrollo de programas culturalmente bien arraigados. La contribución más apropiada por parte de los investigadores y consultantes será a menudo aquella que reconoce y apoya los procesos continuados de política local.

La investigación sobre el alcohol en los países en vías de desarrollo ha sido ampliamente descrita a través de encuestas realizadas a bebedores y de estudios de servicios de urgencias (Odejide et al., 1990). Estos enfoques de investigación reflejan un acercamiento particularmente disciplinario, y aunque los datos recogidos en tales estudios juegan un papel potencialmente valioso en los programas políticos y de desarrollo, las conexiones no siempre son directas u obvias. En las dos últimas décadas, un mayor desarrollo en el campo de la investigación del papel social del alcohol ha puesto un nuevo énfasis sobre el cambio: se reconoce que ha habido grandes cambios tanto en el conjunto de las poblaciones como en las vidas individuales, y las investigaciones están ahora centrando su atención en los procesos subyacentes a dichos cambios (Instituto de Medicina, 1987). Ejemplos de este tipo de investigación son los estudios de casos de políticas de desarrollo y evaluaciones de programas diseñados para reducir el daño. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo todavía hay pocas pruebas de este tipo de investigación.

Un modelo que podría ser útil a adoptar por los investigadores de los países industrializados y de la OMS es aquel que hemos desarrollado en Nueva Zelanda para trabajar con los grupos de la comunidad sobre el tema de la reducción de daños asociados al alcohol (L. Leslie, S. Casswell & P. Duignan, 1992, datos no publicados). Éste es conocido como procedimiento de evaluación formativa (McClintock, 1986). El enfoque de evaluación formativa es un planteamiento en el cual se utilizan los métodos de investigación y la investigación del conocimiento básico para ayudar a los que trabajan en la comunidad a definir sus objetivos y estrategias así como para ayudarles a volverlos a definir y a pulirlos en un proceso continuado mientras desarrollan maneras apropiadas para decidir y poner en práctica estrategias de reducción de daños en sus comunidades.

Esa contribución a la investigación proporciona una manera de permitir a los dinamizadores locales jugar un papel continuado en las políticas de reducción de daños actualmente en desarrollo. Eso permite asegurar que el esfuerzo de la investigación se dirige a pequeña escala, una investigación estratégica que es localmente importante. Esta aproximación contrasta con algunas contribuciones de investigaciones anteriores en los países en vías de desarrollo que han puesto el énfasis sobre un conjunto de datos descriptivos

comparables de un país al otro. Generalmente, estos han permitido medir el consumo y la experiencia de los problemas asociados al alcohol. Aunque este abordaje posibilita útiles comparaciones puede que no sean relevantes a nivel local, y puede reducir el valor de la experiencia de formación para estudios locales y provocar problemas a los agentes locales de prevención.

También existe una necesidad de contribución a la investigación desde disciplinas capaces de examinar las consecuencias del alcohol y de las drogas desde una perspectiva económica y de desarrollo social, puesto que así es como avanzamos hacia el desarrollo de un programa de reducción de daños apropiado y factible (Kortteinen, 1989; Swantz, 1990).

También se ha reconocido la necesidad de promover la investigación de cuestiones globales sobre el alcohol, en particular sobre la importación a países en vías de desarrollo de bebidas alcohólicas (Maula, Linblad & Tigerstedt, 1990). La creciente globalización de la promoción del tabaco y del alcohol también ha sido reconocida como una consecuencia clave y fue, en 1992, el tema de una recomendación en el 28º Comité Experto sobre Drogodependencia de la OMS. El Comité debatió sobre maneras de controlar la emisión internacional de mensajes importantes para la salud y de incluir ese tópico entre sus recomendaciones. En la 8ª Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud que tuvo lugar en marzo del 1992, el delegado de la Papua Nueva Guinea expresó su satisfacción por la medida de prohibir que la promoción de la competición de liga australiana de rugby la llevara la marca Winfield, ya que este acontecimiento está seguido muy de cerca por un gran porcentaje de la población de Papua Nueva Guinea.

Los expertos del Comité sobre Drogodependencia de la OMS, reunidos en 1992 -a diferencia de sus predecesores -, incluyeron el tabaco en su misión. Tal vez esto fuera el indicio de una aceptación creciente de la necesidad que tienen las asociaciones internacionales de enfocar su atención y sus esfuerzos hacia las drogas legalmente producidas y comercializadas, y que son responsables de unos daños considerables tanto en los países industrializados como en los en vías de desarrollo.

Los investigadores de los países industrializados tienen también un papel importante en el apoyo a los esfuerzos que se hacen para reducir los daños asociados a las drogas que, como fue sugerido en este capítulo, están tan presentes en los países en vías de desarrollo de la región del Pacífico como en cualquier otra parte. Para que ese apoyo externo sea capaz de aportar la máxima ayuda posible, la investigación debe ser designada para facilitar cambios e implicar a los representantes locales, tanto los investigadores como los representantes de la salud pública, en sus propósitos, su cumplimiento, análisis y difusión. Los programas apropiados a los marcos culturales de los países en vías de desarrollo pueden ser algo diferentes a los que son considerados apropiados en los países industrializados, y las metodologías de investigación también pueden ser diferentes en algunos aspectos, pero el valor potencial de la investigación para ayudar al desarrollo y a la puesta en marcha de programas de reducción de daños es probablemente universal.

CAPÍTULO 21**UNA CRISIS DE SALUD PÚBLICA QUE EVOLUCIONA: LA INFECCIÓN POR VIH ENTRE USUARIOS DE DROGAS INYECTADAS EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO**

ALEX WODAK, ROBERT FISHER y NICK CROFTS

En la actualidad se sabe que el uso de drogas inyectadas existe en más de 80 países. Se reconoce que la infección por VIH entre UDVP es un problema para más de 50 de estos países (Stimson, 1992). Un número cada vez mayor de países informan sobre la infección por VIH entre los UDVP y también continúa extendiéndose, aunque más lentamente en los últimos años, en aquellos países que emitieron sus informes hace algunos años. En los últimos tiempos, la rápida extensión de la infección por VIH entre la población de UDVP en países en vías de desarrollo ha sido una de las cuestiones más amenazadoras e injustamente olvidadas en la historia del uso de drogas ilegales. La inyección de drogas con el frecuente intercambio de jeringas, la prostitución, la importante industria turística orientada al varón, la ignorancia del riesgo de infección por VIH asociada con el uso de drogas inyectadas, la existencia de poblaciones ambulantes, y la combinación de estas características en poblaciones de UDVP son factores todos ellos que influyen en la rapidez de la extensión de la infección por VIH.

El primer país en vías de desarrollo que padeció la mayor epidemia por VIH entre los UDVP fue Tailandia. En este país la infección por VIH se extendió rápidamente entre los UDVP durante la mitad de los 80, poco después de que fuese notificado el primer caso "oficial" en 1984 (Smith, 1990). Sin embargo, por varias razones, el gobierno tailandés no empezó a responder al problema hasta 1986 – 1987. La asociación de la epidemia del VIH con los UDVP era ya bien conocida entonces, pero sólo habían presentado informes a este respecto los países desarrollados en Europa y Norte América (Carvallo y Rezza, 1990).

La combinación de UDVP y país en vías de desarrollo abarca otras regiones y periodos de la historia. Al parecer, la heroína empezó a avanzar a través del sudoeste de China a principios de los 80 (Fisher, 1991; Fisher, Ch'ien y Kittelsen, 1991). Cuando empezaron las pruebas del VIH en China en 1986, se detectaron rápidamente muchos individuos infectados, generalmente UDVP. En octubre de 1989, el 12,5% de 1.167 UDVP analizados en China resultaron ser positivos al VIH (Li y Yeogh, 1992). A principios de 1980, la evidencia de la infección por VIH entre los UDVP empezó a aparecer en las extensiones del norte de Malasia que bordean el sur de Tailandia (Edstrom, sin fecha de publicación). En 1990, la prevalencia del VIH entre los UDVP aumentó rápidamente en Myanmar (Birmania) con tests positivos confirmados en el 63% de los 701 individuos analizados (Li y Yeogh, 1992). En 1990, se encontró que el 54% de 1.564 UDVP en los Estados de Manipur y Mizoram, en el noroeste de la India, también que estaban infectados (Li y Yeogh, 1992).

A principios de los 90, la epidemia del VIH también se había extendido entre los UDVP en los países en vías de desarrollo del centro y sur de América, incluyendo Honduras, República Dominicana, Brasil, Argentina, Venezuela, Chile y Paraguay. La documentación sobre UDVP en Egipto se remonta a principios de los años 20 (Biggam, 1929). Posteriormente aparecieron algunas informaciones sobre UDVP en Nigeria, Senegal, Sudáfrica y Túnez que confirmaron informaciones previas sobre el uso de la heroína en Mauricio (Stimson, 1992). Aunque el riesgo del VIH asociado con los UDVP en otros países en vías de desarrollo es incierto, es probable que una proporción importante de población de UDVP en otros países en

vías de desarrollo pronto quede infectada (Sena, 1991; Organización Mundial de la Salud, 1991).

El concepto de reducción de daños ha demostrado ser un componente importante en los esfuerzos de salud pública por controlar la extensión del VIH entre los UDVP en un gran número de países desarrollados. En este capítulo, analizamos la posible relevancia de las actividades de la reducción de daños en los países en vías de desarrollo para intentar reducir la propagación del VIH entre los UDVP.

La tormenta acumulada

La producción global anual de opio aumentó en un 9% en 1991 hasta alcanzar las 3.785 toneladas. El 70% de la producción global se daba en el 'Triángulo Dorado' en el sudeste de Asia, el 20% en la 'Medialuna Dorada' en el sudoeste de Asia, y del 1% al 2% restante en Sudamérica (Oficina Internacional de Narcóticos, 1992). Ahora se sabe que también existen poblaciones importantes de UDVP en el 'Triángulo Dorado', particularmente en Tailandia y Myanmar. Aunque la información disponible acerca del uso de opio o sus derivados en Laos es limitada, no es probable que exista una cantidad importante de población de UDVP en este país (Oficina Internacional de Narcóticos, 1992).

En el periodo que siguió a la II Guerra Mundial, el opio producido en el 'Triángulo Dorado' normalmente era destinado a la exportación. Se refinaba en laboratorios en Bangkok, Hong Kong o Marsella, para convertirlo en morfina y posteriormente en heroína. En los países del 'Triángulo Dorado' el opio generalmente se consumía sin refinar y la heroína no estuvo disponible localmente hasta 1960. En las dos última décadas, el aumento de las presiones legales a los laboratorios de fuera del 'Triángulo Dorado' ha conducido a su cierre. Al mismo tiempo, las mejoras en las técnicas de laboratorio y la disponibilidad de productos químicos baratos ha dado a los laboratorios la posibilidad de refinar heroína y trasladarse más cerca de los campos de opio. Esta nueva ubicación permitió una reducción importante de los costes de refinamiento y disminuyó la posibilidad de detección, ya que la heroína ocupa menos volumen y es más fácil de esconder que su pariente: el opio.

Como resultado, en los pequeños pueblos y ciudades de los países del sudeste asiático empezó a estar disponible, por primera vez, una heroína abundante y barata. Inicialmente sólo estaba disponible la heroína de menos pureza que la que normalmente se fuma. Últimamente, la disponibilidad de heroína más cara y de grado III de potencia ha excedido a la de grado IV.

La heroína de grado III puede ser fumada o inyectada y principalmente es consumida por varones jóvenes que usan jeringas médicas o instrumentos improvisados para la inyección de drogas. Los controles sociales que originalmente restringían en los fumadores de opio el consumo a los varones más mayores, ocasionalmente a las mujeres y posteriormente a varones más jóvenes, empezaron a expandirse rápidamente. Durante la transición a la inyección, los jóvenes que casi siempre fumaban en un principio tabaco, empezaron a fumar heroína. De esto se desprende que estos podrían haber empezado su carrera hacia la inyección siendo "chutados" por un amigo o asistidos por un "inyector profesional" que tuviese el equipo y la habilidad apropiados. Para el usuario, las ventajas de inyectarse en una institución específica "común" son significativas; él (o ella, aunque menos común) no tiene que llevar el equipo de inyección encima -lo cual puede ser causa de una seria infracción en algunos países en vías de desarrollo- y también puede evitar el llevar la droga encima. Sin embargo, las desventajas también son considerables. En cualquier caso, tanto ventajas como

desventajas, son similares a las existentes en las *galerías de chute* encontradas en el interior de ciertas zonas de la ciudad de algunos países desarrollados, que han diseminado tan eficientemente los virus del VIH y de las hepatitis.

Hasta hace poco, la heroína de los países productores en el sudeste asiático encontró su vía de salida al resto del mundo principalmente a través de Bangkok pero, a mediados y finales de 1980 cuando los militares birmanos empezaron a castigar a los grupos étnicos disidentes, esto se hizo más difícil. Estos grupos eran conocidos por generar ingresos que más tarde usaban para comprar armas con las que proteger el transporte de opio y heroína. Además, el coste de la corrupción de los oficiales públicos, normalmente asociado con el transporte a gran escala de artículos de consumo ilegales, aumentó significativamente. Pero la economía del comercio de heroína se parece a la de cualquier otro producto de consumo (un producto tan valioso enseguida encontró otras alternativas de alcanzar los mercados lucrativos de occidente) y la heroína empezó a abrirse camino al exterior desde áreas importantes de producción no controladas por el gobierno en el sudeste de Myanmar, de la frontera a Yunnan, provincia de China, y desde allí a Hong Kong (Lindner, 1990; Fisher, 1991; Fisher, Ch'ien y Kittelsen, 1991). Hong Kong tiene una población significativa de UDVP y también sirve como el mayor puerto de tránsito a Filipinas y eventualmente a Australia y Norteamérica constituyendo, además, la apertura de otra ruta importante para entrar en los estados del nordeste de la India.

Por supuesto, parte de la heroína continúa enviándose a Bangkok y parte a Malasia y Singapur como suministro a los consumidores locales. Las penalizaciones rigurosas y el severo cumplimiento de la ley parecen haber confinado el uso de drogas inyectadas a un grupo relativamente limitado de individuos en Singapur. Sin embargo, la generalización a otros países de la experiencia de este Estado -que se caracteriza por un firme control- probablemente presenta un dudoso valor.

Los traficantes de heroína están constantemente buscando nuevas formas, más seguras y con costes más eficaces, de transportar su mercancía. Para evadir su detección, la heroína destinada a los países desarrollados y más lucrativos ha sido mandada por "mensajero" pasando por puertos que generalmente no están asociados con el comercio internacional de la droga; Lagos (Nigeria) es probablemente el más conocido de estos puertos. En el Pacífico, Noumea (Nueva Calcedonia), Nadi (Fiji), las islas Salomón, Manila (Filipinas) y Colombo (Ceilán), son algunos de los muchos puertos que han sido usados para este propósito. Justo después de "blanquear" los beneficios de la droga para reducir la posibilidad de localización, muy a menudo ésta es transportada a puertos neutrales para ocultar su origen y evitar su detección.

Sin embargo, los países a través de los cuales pasan grandes cantidades de drogas intravenosas ilegales se encuentran ellos mismos en riesgo si la población indígena -como ocurre casi siempre- empieza a usar las drogas. Se crean mercados locales de tránsito lo que también ayuda a suavizar las incertidumbres asociadas a destinos más lejanos. Algunos países, como Malasia, han introducido castigos severos para impedir que la población local experimente con drogas que pasan a través de sus puertos, aunque se desconoce la efectividad de estas medidas (Antidadah Task Force, 1991; Scorzelli, 1992). Es sumamente difícil saber si el cumplimiento riguroso de las leyes de prohibición disminuye la probabilidad de experimentación, como normalmente se supone, o por el contrario aumenta el riesgo debido a los considerables incentivos económicos que se introducen. Sin embargo, recientes estudios en Asia sugieren que, mientras que el cumplimiento de la ley es capaz de interrumpir rutas estables de comercio de drogas para inyectarse, al mismo tiempo exponen a grandes

poblaciones al riesgo de contraer la infección por VIH asociada con el acto de compartir jeringas, a medida que se abren nuevas rutas cuando las viejas se vuelven demasiado peligrosas.

La heroína producida en el sudoeste de Asia abastece principalmente el mercado europeo. El número de personas que usan heroína en Pakistán creció extraordinariamente en 1980, y se estima que diez años más tarde había alcanzado de 1,2 a 1,7 millones de adictos (Oficina Internacional de Narcóticos, 1992) con un aparente aumento de la proporción de los que principalmente se inyectan la droga. Actualmente hay una gran población de UDVP en la India y Nepal.

La inyección de cocaína en algunos países sudamericanos es también un nuevo fenómeno. Aunque el opio no había sido cultivado en Sudamérica anteriormente, en 1991 empezó a llegar por primera vez a los EE.UU. opio de Colombia (Oficina Internacional de Narcóticos, 1992; Anónimo, 1992). Se estima que este negocio es 10 veces más lucrativo para los traficantes que el de la cocaína. Es difícil predecir qué países en vías de desarrollo tienen un mayor riesgo de aumentar la prevalencia de VIH a través del acto de compartir los equipos de inyección ya que el cultivo, producción, tránsito y modo de administración de las drogas ilegales potencialmente inyectables es muy inestable. Lo que es más seguro es que un porcentaje de la población de riesgo en países donde las drogas están disponibles continuará buscando drogas psicoactivas como una alternativa a una realidad a menudo deprimente. A medida que las poblaciones de los países en vías de desarrollo tengan más recursos financieros para adquirir drogas, el consumo de sustancias psicoactivas aumentará.

Alternativamente, el descenso de la renta nacional y el aumento de la insolvencia de los países en vías de desarrollo puede aumentar la necesidad de generar ingresos y, por consiguiente, la probabilidad de cultivar, producir, traficar o consumir drogas ilegales. Problemas sanitarios como el VIH, las hepatitis y una gran variedad de enfermedades y problemas sociales, tales como la ruptura familiar y la violencia, probablemente seguirán a cualquier aumento de la inyección de drogas (Bewley, Ben – Aire y James, 1968; Plat, 1986; Perucci et al. , 1991; Selwyn, 1991). Además de la falta de dinero para adquirir drogas ilegales, Filipinas tiene todos los ingredientes sociales necesarios para generar un grave problema de heroína, incluyendo la facilidad de acceso al tráfico. La mayoría de los filipinos sin embargo no pueden permitirse comprar heroína, así que simplemente ésta pasa a través de puertos locales con destino a países desarrollados con mercados más lucrativos.

Las posibles consecuencias

El hecho de que los UDVP sean vectores importantes para la transmisión del VIH se conocía desde los primeros tiempos de la epidemia, primero en Norteamérica y más tarde en Europa (Gossop, 1987; Des Jarlais, Friedman y Stoneburner, 1988; Lange et al., 1988; Miller, Turner y Moses, 1990). Tanto en Europa como en Norteamérica la propagación del VIH a poblaciones de UDVP fue seguida en pocos años por una rápida extensión de la epidemia a heterosexuales que no usaban drogas (Homes, Karon y Kreis, 1990; Miller, Turner y Moses, 1990).

En los programas de *screening* pronto empezó a detectarse un considerable número de niños infectados por el VIH nacidos de padres que usaban drogas inyectables. En la ciudad de Nueva York, en 1988, los UDVP fueron la fuente de infección por HIV en más del 90 % de los casos de transmisión del sida entre heterosexuales y más del 80 % en los casos de transmisión

materno – infantil (Des Jarlais, Friedman y Casriel, 1990). Según esto, el sida podría ser descrito exactamente como una enfermedad ‘familiar’ (Sherer, 1990). La propagación de la infección por VIH a las prostitutas fue evidente en Tailandia al año de que la epidemia se extendiese entre la población de UDVP; un año después, la propagación de la infección por VIH a la población heterosexual que no usaba drogas ya era patente (Weniger et al., 1991). En Tailandia y Myanmar la rápida propagación entre la población fue favorecida por la transmisión sexual y la extendida prostitución (Edstrom, 1989; Smith, 1990). En cualquier país en vías de desarrollo en el que converjan conductas sexuales de alto riesgo y el uso de drogas en poblaciones pobremente informadas acerca de los riesgos del VIH, como ha ocurrido en Tailandia y Myanmar, la probabilidad de una rápida propagación del VIH debe ser una preocupación mayor.

Características especiales del VIH entre los UDVP de los países en vías de desarrollo

La epidemia de la infección por VIH entre los UDVP en un buen número de países en vías de desarrollo tiene ramificaciones potenciales remotas. Estos países tienen menos recursos que los países desarrollados para afrontar necesidades mayores. La salud no es una alta prioridad para el gasto público. Debido al empobrecimiento general de los países en vías de desarrollo -reflejado en una pobre nutrición, en la sanidad, en el transporte inadecuado y en las viviendas masificadas-, cualquier amenaza a la salud pública tiene un mayor significado que en los países desarrollados. Por ejemplo, en muchos países en vías de desarrollo, un buen número de enfermedades como la tuberculosis, la lepra y la malaria llevan bajo control muy poco tiempo o comienzan a estarlo. Una epidemia del VIH pobremente controlada amenaza a muchos de los recientes adelantos en salud pública conseguidos con mucho esfuerzo, como es el caso del control de la tuberculosis.

En muchos países, el control a largo plazo de la infección por VIH en la comunidad en general depende de la efectividad de los esfuerzos para controlar la propagación del VIH entre los UDVP. Esto, a su vez, depende del éxito de los esfuerzos para disminuir el acto de compartir el equipo de inyección entre la población expuesta al riesgo de infección por VIH. A medida que la prevalencia del VIH aumenta entre los UDVP, las relaciones sexuales sin protección contribuyen a aumentar la propagación de la infección entre los no UDVP.

En muchos países en vías de desarrollo, los más afectados por el VIH al inicio de la epidemia fueron las personas con alto nivel educativo, las que viajaban mucho por ocupar altos cargos de responsabilidad, justamente un conjunto de población que los países en vías de desarrollo no podían permitirse perder. Además, en muchos países africanos menos desarrollados, la policía y los militares estuvieron gravemente afectados por el VIH. La infección y las enfermedades que afectaron a la policía o los militares podrían tener serias implicaciones para la estabilidad de estos países. En los países en vías de desarrollo de Asia la propagación del VIH, que afecta tanto a mujeres como a hombres que se prostituyen, también podría dañar a la industria turística. Muchos de estos países dependen de la industria del turismo y su preciado dinero extranjero. Dado que una proporción considerable de clientes de las prostitutas proviene de otros países, sus movimientos internacionales después de haber sido infectados también contribuirán a la rápida propagación.

La mayoría de los países desarrollados han adquirido una experiencia clínica y de política sanitaria en torno a la población de UDVP aunque no se haya desarrollado aún un

amplio entendimiento del uso de la droga. Cuando en los países industrializados se hizo evidente que el VIH ponía a las poblaciones de UDVP en un riesgo particular, este conocimiento pudo ser utilizado en los esfuerzos por controlar la epidemia. En contraste, pocos países en vías de desarrollo estaban enterados de la extensión total de su población de UDVP antes de la epidemia ni habían aplicado programas apropiados para la prevención y tratamiento de las drogas. Por lo tanto, su respuesta de salud pública al VIH partió desde una posición significativamente menos avanzada.

En todos los países desarrollados donde la infección por VIH se ha propagado a poblaciones de UDVP, la droga preferida para inyectarse ha sido la heroína. Esto también ha sido así en los países en vías de desarrollo del sudeste de Asia absorbidos o amenazados por la epidemia. En Brasil y Argentina, la droga preferida para inyectarse es la cocaína, presumiblemente reflejando la proximidad a la fuente andina de la droga. El tratamiento de mantenimiento con metadona ha sido reconocido como un medio efectivo para retrasar la propagación de la infección por VIH probablemente a través de la reducción de la frecuencia de inyección entre los pacientes. Sin embargo, muchos países en vías de desarrollo no pueden permitirse dicho tratamiento y éste no tiene ningún valor en países donde la cocaína es la droga que se inyectan normalmente.

La mayoría de los países desarrollados con poblaciones significativas de UDVP fueron capaces de modificar alguno de los recursos previamente designados para el tratamiento de UDVP y desarrollar esfuerzos específicos para controlar la epidemia del VIH mientras que, simultáneamente, reforzaban sus programas de prevención y tratamiento de drogas. Los intentos de calcular la magnitud y características de la población de UDVP en los países desarrollados han sido a menudo útiles para planificar estrategias de prevención, intervenciones sanitarias y anticipar las necesidades de los servicios de salud.

Sin embargo, los rápidos y a menudo grandes cambios que se requieren en política para controlar la epidemia han tropezado frecuentemente con una fuerte oposición surgida de los valores filosóficos y morales. El conseguir apoyo a tiempo para la aplicación de razonables pero urgentes estrategias de prevención ha resultado difícil de lograr incluso en algunos países desarrollados como los EEUU. Introducir estrategias de prevención razonables pero urgentes es generalmente aún más difícil de lograr en países en vías de desarrollo ya que los valores tradicionales y religiosos están a menudo fuertemente ligados a la política del gobierno. Por otra parte, los medios de comunicación son menos dispersos y menos libres, por lo que la información de la que dispone el público es, normalmente, más limitada.

La efectividad de la educación en la prevención del uso de drogas ilegales, particularmente entre los UDVP, sigue siendo controvertida. Si la información fuera el componente clave del proceso de toma de decisiones respecto a consumir o no una droga, inyectarla o no, entonces la educación sería la respuesta. Sin embargo, el uso de un euforizante es uno de los más potentes reforzantes psicológicos conocidos y el conocimiento acerca de una droga es raramente adecuado como estrategia de prevención (Sorensen et al. 1991). Así, un gran número de estudios han demostrado que el conocimiento acerca de los peligros del uso inyectado de drogas o el conocimiento del estado serológico frente al VIH tienen poco impacto en la iniciación al uso de drogas (Des Jarlais, Friedman y Casreil, 1990) o en una reducción importante de las conductas sexuales de alto riesgo (O'Conner y Stafford – Johnson, 1987; Baxter y Schlecht, 1990; Klee et al., 1990^a; Memon, 1990; Cleary et al., 1991; McCaig, Hardy y Winn, 1991; Carlsyn et al., 1992; Van den Hoek, van Haastrecht y Coutinho, 1992). Las campañas educativas son a menudo insensibles a los factores sociales y culturales

que contribuyen a la iniciación en el uso de drogas ilegales y cuyo reconocimiento es absolutamente indispensable para que la prevención primaria tenga éxito.

Sin embargo, cada vez un mayor número de estudios sugieren que la educación se vuelve más efectiva a medida que se sabe más se acerca del VIH y de los UDVP, que se define con mayor precisión a las poblaciones diana y a medida que las estrategias desarrolladas reflejan un mejor entendimiento de las conductas de alto riesgo y de las habilidades de mediación. (Catania, Kegeles y Coates, 1990; Dryfoos, 1990; Administración para la Salud Mental, alcohol y abuso de drogas, 1991; Leukefeld y Bukoski, 1991). Tal como Des Jarlais y Friedman subrayan en otra parte (ver capítulo 22), la pronta difusión por parte de fuentes oficiales y no oficiales de información acerca de los riesgos del VIH / sida, y especialmente acerca de los riesgos de compartir el equipo de inyección, probablemente ha alterado el curso de la epidemia. En San Francisco, en Nueva York y en algunas ciudades de Escocia, Italia y España, la epidemia precedió a la difusión de esta información, pero las poblaciones de UDVP en la mayoría de los países desarrollados pudieron ser avisadas con tiempo. En contraste, el VIH ya había infectado a muchos UDVP en Tailandia, Myanmar, Malasia y China (Yunnan) cuando estos fueron conscientes de los peligros de compartir los equipos de inyección. Las campañas populares del pasado han sido recientemente reemplazadas en muchos países industrializados por intervenciones educativas más costosas pero también más dirigidas al objetivo y posiblemente más efectivas. También, se ha conseguido implementar campañas muy explícitas sin ofender a importantes sectores de la población.

Al igual que con la población en general, la educación de los UDVP es mucho más difícil de conseguir en países en vías de desarrollo. Aunque se ha utilizado eficazmente la radio en lugares donde se lo pueden permitir y pueden ser puestas a su disposición, en general los medios de comunicación llegan a segmentos de población más pequeños en estos países. A pesar de la falta de evidencia de su efectividad, en los países desarrollados abundan los posters y panfletos.

Para los países en vías de desarrollo la producción y la distribución de posters y panfletos son mucho más problemáticas. También, el material impreso es probablemente menos efectivo en los países en vías de desarrollo ya que es mucho más probable que los UDVP sean analfabetos. Comprensiblemente, en los países en vías de desarrollo adquirir lo esencial para el día a día recibe una prioridad más alta que la preocupación de prevenir una enfermedad que, aunque sea socialmente execrable, sólo afecta a un sector de la población no demasiado popular. También es mucho más probable que las autoridades en los países en vías de desarrollo sean cautas y prioricen el no ofender a las fuerzas conservadoras. En las comunidades tradicionales es más difícil diseminar información esencial para permitir a la gente protegerse de la infección por VIH sin parecer que se esté justificando una práctica ilegal por lo general muy censurada.

La distribución del equipo de inyección estéril a los UDVP ha sido uno de los enfoques más comúnmente adoptados para prevenir el VIH en países desarrollados, intentando responder firmemente a esta gran amenaza para la salud pública. Sin embargo, en muchos países en vías de desarrollo no existen suficientes equipos de inyección para usos médicos rutinarios. Antes de que las agujas y jeringas puedan volver a usar, deben ser esterilizadas. Esto requiere una fuente de electricidad fiable para hacer funcionar los aparatos de esterilización y las fuentes fiables de electricidad son raramente un rasgo distintivo del tipo de vida en los países en vías de desarrollo. De este modo, los países en vías de desarrollo se

enfrentan a elecciones dolorosas. Por ejemplo, ¿debe un gobierno en un país en vías de desarrollo decidir desviar agujas y jeringas estériles previamente reservadas para tratar pacientes con, por ejemplo, tuberculosis, para intentar prevenir la amenaza potencial de una epidemia? Esto es aún más difícil de justificar cuando se sabe que la epidemia sólo se produce en algunos países muy alejados. O, por ejemplo, si las agujas y jeringas se volviesen de pronto de libre adquisición en un país en vías de desarrollo donde la heroína y cocaína son baratas y abundantes, ¿cómo podrían convencerse las autoridades de que esto no aumentaría el uso de la vía inyectada reemplazando a las vías fumada o esnifada?

El suministro de una droga adictiva a personas adictas como ejercicio terapéutico aún causa un considerable malestar en muchos países desarrollados. En la mayoría de los países en vías de desarrollo, la terapia de sustitución es a menudo vista con aún más recelo. El riguroso cumplimiento de la ley refleja que la adicción a la droga es más un delito que una enfermedad; las formas de tratamiento para UDVP culturalmente tradicionales (y religiosas) son más fácilmente apoyadas por la comunidad y los círculos políticos. Aunque el coste de la metadona, aproximándose a 150 dólares americanos por persona y año, puede considerarse insignificante en un país desarrollado, no lo es para un país en vías de desarrollo donde el promedio de la renta anual puede ser sólo algo superior.

El mantenimiento con metadona ha sido bien aceptado en Hong Kong durante más de 10 años. Después de la explosiva propagación del VIH en Tailandia, las autoridades de este país extendieron el uso de la metadona, con aparente poca oposición, desde su uso para desintoxicaciones rápidas a tratamiento de mantenimiento. Por tanto, queda la posibilidad de que otros países en vías de desarrollo adopten el mantenimiento con metadona o variantes locales basadas en formas orales más baratas de opio ya disponibles en algunos de los países que rodean las regiones productoras.

¿Qué debe hacerse?

El uso de drogas psicoactivas es un fenómeno extraordinariamente complejo. Se trata de uno de las más primitivos y profundos apetitos y debilidades del ser humano. Si no se toman pronto decisiones correctas y no se aplican completa y rigurosamente, el futuro de una gran cantidad de población que vive en países desarrollados y en vías de desarrollo podría verse seriamente afectado durante generaciones. El primer paso implica el reconocimiento de que modificar las conductas de alto riesgo es la única manera de prevenir la transmisión del VIH (Catania, Kegeles y Coates, 1990). No hay panaceas. Las soluciones que son efectivas en un país no necesariamente son aplicables en otro. La mayor parte de la experiencia existente relativa al control de la epidemia del VIH se consiguió inicialmente en los países desarrollados que fueron los primeros en estar afectados. Extrapolar a partir de las condiciones especiales que se aplican en muchos países desarrollados no tiene sentido. Comparado con los países en vías de desarrollo, la mayoría de países desarrollados están a bastante distancia de las principales áreas de producción de opio y cocaína, en algunas de sus subpoblaciones las estructuras familiares y tradiciones culturales están a menudo significativamente debilitadas, y los recursos financieros son aprovechables.

Los cambios sociales que se requieren para responder adecuadamente y con suficiente rapidez a la amenaza del VIH en una sociedad sólo pueden prosperar a un ritmo determinado si esta comunidad está preparada para aceptar el cambio. Hasta hace muy poco, con algunas pequeñas excepciones, el uso de drogas ilegales en los países en vías de desarrollo

normalmente implicaba tipos de drogas consumidas sin inyección. El riesgo de una rápida propagación de la inyección y las serias consecuencias del uso parenteral de drogas eran relativamente limitados. Sin embargo, a diferencia de cualquier periodo histórico anterior, las repercusiones en salud pública de la actual epidemia del VIH entre los UDVP no permiten perder tiempo.

Hay una evidencia convincente que sugiere que las personas que tienen una conducta de alto riesgo es más probable que también lleven a cabo otras conductas de riesgo; la gente que se auto administra drogas ilegales psicoactivas es probable que comparta jeringas y agujas y también que tenga relaciones sexuales no protegidas (Coates, 1990; Klee et al., 1990b; Nemoto et al., 1990; McCaig, Hardy y Winn, 1991; Van der Hoek, van Haasbrecht y Coutinho, 1992). Tanto el uso de drogas psicoactivas, como el sexo, como conductas fuertemente reforzantes, pueden compartir refuerzos conductuales por lo que su tratamiento es mucho más difícil (Plant et al., 1989; Sorensen et al., 1991).

Es vital, especialmente para los países en vías de desarrollo, que el trabajo de prevención se emprenda urgentemente y conduzca a métodos más efectivos, para reducir y retrasar el inicio del consumo de drogas inyectadas (Leukefeld y Burkowki, 1991). Se necesita desarrollar métodos baratos para adquirir información epidemiológica y sociodemográfica que permita detectar a tiempo la naturaleza del uso de drogas en cada país y su exposición al riesgo del VIH. (Gossop y Grant, 1990; Allen, Onorato y Green, 1992; Hartwall, 1992; Grupo de trabajo para la Reducción de la Demanda del uso de Drogas en Europa, 1991). También es importante que los países con una población establecida de UDVP y los países amenazados por este desarrollo determinen dentro de sus propias subpoblaciones los factores que exacerbaban el uso de drogas y la transmisión del VIH, así como los factores que favorecen una prevención efectiva (Cheung, 1990; Klee et al., 1990b; Departamento de Alcohol, abuso de drogas y salud mental, 1991). Identificar los grupos de alto riesgo y dirigir la mayoría de las intervenciones a estos grupos de población es un enfoque coste-efectividad para conservar los, a menudo, escasos recursos.

Las estrategias de prevención y tratamiento deberían reflejar fielmente la magnitud de los problemas potenciales pero también ser solidarias con las características sociales, culturales, religiosas y filosóficas de la comunidad a la que se desea proteger. Las modalidades educacionales que han demostrado ser efectivas trascienden la mera distribución de información y adoptan enfoques de muchos tipos. Estas intervenciones deberían ser significativas no sólo para toda la sociedad, sino también para todo el tiempo de vida de una persona. Además, pueden ser más efectivas si están basadas en y dentro de instituciones sociales potentes (como la familia, la iglesia o hasta un grupo) (Coates, 1990; Miller, Turner y Moses, 1990; Departamento de Alcohol, abuso de drogas y salud mental, 1991; Grund, Kaplan y Adriaans, 1991; Sorensen et al., 1991).

El tratamiento ya disponible y efectivo debe ser un componente crucial de una estrategia nacional de prevención de los problemas de drogas ilegales (y legales) (Hubbard et al., 1988; Cates y Bowen, 1989; Brettle, 1991; Miller, Turner y Moses, 1990; Grupo de trabajo para la Reducción de la Demanda del uso de Drogas en Europa, 1991; Allen, Onorato y Green, 1992). Para reducir los problemas causados por el uso de la droga y minimizar la propagación del VIH los programas de tratamiento de drogas efectivos que son atractivos para la población a la que se dirigen deben estar disponibles para todos los que piden ayuda. Las normas que dictan que se debe anotar la identidad de todas las personas que reciben tratamiento de problemas

relacionados con las drogas en un registro nacional reducen el atractivo del tratamiento para los UDVP y dificultan los esfuerzos para minimizar la propagación del VIH.

En esencia, todos los esfuerzos de prevención y tratamiento intentan “reducir el daño”. Algunos siguen en la presunción de que la disminución del uso de drogas dará como resultado menos problemas, mientras que otros asumen que una reducción en el consumo de drogas de algunos individuos o sociedades es inalcanzable, al menos a corto plazo. De todas maneras, se sostiene que los esfuerzos deberían estar dirigidos específicamente a minimizar el daño sin requerir *a priori* la reducción del consumo. El actual uso del término “reducción de daños”, sin embargo, reconoce el hecho de que el daño que los individuos se hacen a si mismos (y a otros) continua. Algunas enfermedades son mucho más serias que otras; la infección por VIH representa claramente la mayor complicación potencial para los UDVP, tanto para los individuos como para la comunidad en la que viven.

Los trabajadores sanitarios pueden encontrarse participando en aspectos del uso de las drogas que les generan un considerable malestar, como proveer agujas estériles y jeringas a los traficantes para reducir el daño que la inyección puede causar a los individuos y sociedades. Aunque sepan que la inyección de cantidades de preparaciones de concentración y pureza desconocidas es siempre desaconsejable también reconocen que, sin una intervención alternativa, esta inyección puede conducir a conductas mucho menos saludables (Strang, 1988).

Consideraciones de este tipo forman la base de los programas de sustitución como el mantenimiento con metadona, la limpieza de agujas y jeringas y los programas de intercambio de jeringas para prevenir la propagación del VIH. Aunque estos programas parecen contribuir a una reducción de las conductas de alto riesgo (Ingold y Ingold, 1989; Klee et al., 1991), los enfoques individuales son, generalmente, considerados inadecuados. Los UDVP han estado a menudo inyectándose durante algunos años antes de buscar algún tipo de asistencia (Oppenheimer, Sheehan y Taylor, 1988; Stimson et al., 1988; McKeganey y Watson, 1989). Si el tratamiento proporcionado es atractivo, la demanda normalmente supera el suministro. Los esfuerzos de rehabilitación deben estar, por lo tanto, combinados con varios enfoques diferentes.

Los intentos de restringir el suministro de drogas ilegales han sido generalmente muy costosos, asociados a unas consecuencias substancialmente negativas no intencionadas y raramente han proporcionado una reducción de los problemas de las drogas ilegales significativa y duradera. Sin embargo, cuando la demanda de drogas es baja, la detección es difícil de evadir y los sustitutos no están disponibles, la limitación del suministro puede ser efectiva para reducir los problemas de drogas. Esto sugiere que la reducción del suministro sólo se volverá una estrategia exitosa de reducción de daños cuando hayan sido identificados los métodos efectivos de reducción de la demanda.

En esencia, la reducción de daños, desprovista de sus recortes de ‘droga’, no es más que pragmatismo. Muchas sociedades practican el pragmatismo, aunque de muy diversas formas. Un líder ya mayor del país más grande de Asia está orgulloso de citar el dicho de que “no importa si el gato es negro o blanco si caza ratones”. El reto que afrontan los que hacen las políticas de salud nacional e internacional ahora está en cómo adaptar tradiciones nacionales de pragmatismo para la protección de la salud pública. Términos como la “reducción de daños” presumiblemente suenan bastante extraños a las audiencias más tradicionales, sin embargo, probablemente existen variantes locales con el mismo espíritu de pragmatismo en muchas culturas que podrían aprovecharse para controlar la más peligrosa de las epidemias.

CAPÍTULO 22

SIDA, USO DE DROGAS INYECTADAS Y REDUCCIÓN DEL DAÑO

DON C. DES JARLAIS y SAMUEL R. FRIEDMAN

Tal y como se ha demostrado ampliamente en un volumen anterior sobre la reducción de daños (O'Hare et al. ,1992) esta perspectiva abarca muchos aspectos del uso de las drogas psicoactivas; desde programas para conductores designados, hasta cómo restringir la publicidad sobre cigarrillos, pasando por programas de vacunación para la hepatitis B para los UDVP. Tal y como Berridge ha mostrado (ver capítulo 5 en este volumen), ya existían muchos ejemplos de reducción de daños en el Reino Unido previos a la epidemia del sida. El tratamiento de mantenimiento con metadona para la adicción a la heroína tendría que sumarse también como ejemplo de estrategia de reducción de daños previa a la aparición del sida. Sin embargo, la prevención de la infección por VIH y sida entre los UDVP puede ser el problema actual más importante a tratar desde el enfoque de la reducción de daños.

La preocupación por la posible extensión del sida entre los UDVP ha llevado a muchos líderes políticos, tanto conservadores como liberales, a experimentar con el enfoque de la reducción de daños. En muchos países, las iniciativas de dicho enfoque dirigidas a la prevención de la infección del VIH se han consolidado relativamente bien. El nivel de consolidación a menudo ha estado influido por el nivel de necesidad en cada caso.

La facilidad con la que la proporción de infecciones por VIH entre las muestras de UDVP (aunque no sean representativas) pueda ser calculada proporcionará una medida aproximada de evaluación sobre la que basar el impacto de las iniciativas de reducción de daños. En cualquier caso, si los programas de reducción de daños no son capaces de disminuir con éxito la propagación del VIH entre los UDVP, entonces es probable que el enfoque en su globalidad pierda su actual credibilidad política. De hecho, es muy posible que otros éxitos alcanzados en la reducción de daños relacionados con las drogas no puedan compensar la pérdida de credibilidad que se produciría.

¿Qué es la reducción de daños ?

En la actualidad no hay una sola definición generalmente aceptada del término reducción de daños. El área de trabajo sobre la reducción de daños está creciendo rápidamente y es demasiado pronto para formular una definición que dibuje una línea clara de demarcación entre la perspectiva de reducción de daños y otros enfoques sobre los problemas derivados del uso de drogas psicoactivas. Pero a pesar de la actual falta de una definición clara del término reducción de daños, existen una serie de elementos comunes presentes en casi todos los intentos de definición del término (Stimson, 1990 a; Des Jarlais y Sothoran, 1990; Brettle, 1991; Strang, capítulo 1, este volumen). Será útil examinar brevemente las implicaciones de estos componentes comunes en los programas de reducción de daños para la prevención de la infección por VIH entre los UDVP.

En primer lugar, la reducción de daños centra su atención en objetivos pragmáticos a corto plazo mientras que los idealistas lo hacen a largo plazo. Ciertamente, hay una urgencia pragmática para la prevención del VIH entre los UDVP. En el ámbito comunitario, el VIH puede extenderse rápidamente entre poblaciones de UDVP, o sea que los esfuerzos para parar la

transmisión necesitan ser implementados lo más rápidamente posible. En el ámbito individual, la infección por VIH casi siempre es mortal, o sea que, si la infección no se previene, otras metas conseguidas, tales como la abstinencia o la reinserción laboral, podrían carecer de sentido.

Segundo, la reducción de daños implica establecer una escala de objetivos intermedios para alcanzar unas metas específicas. Desde un punto de vista más amplio, la prevención de la infección por VIH entre los UDVP podría conseguirse haciendo que los que se inyectan la droga pararan completamente de usar drogas ilegales. Un segundo objetivo intermedio sería parar la inyección de drogas ilícitas. Si esto no es posible, entonces un tercer objetivo intermedio sería asegurarse que la inyección ocurre sin realizar el intercambio del equipo de inyección entre las personas. Si esto tampoco es posible, entonces cabría un cuarto objetivo intermedio; el de asegurarse de que aunque dos o más personas usaran el mismo equipo de inyección, se desinfectase antes de cada uso. Estos enfoques metodológicos jerarquizados para obtener las mismas metas específicas son parte del pragmatismo de la reducción de daños pero tiene una importante implicación adicional en los programas de prevención: *El número de métodos alternativos inherentes a la reducción de daños que existen, sugiere que los diferentes programas de prevención del sida necesitan ser aplicados simultáneamente*. Esto es, los diferentes programas son considerados complementarios en lugar de estar en conflicto. La inclusión de la variedad de programas contrasta con la aplicación exclusiva del tipo de programa de prevención más aceptado políticamente, o con pretender encontrar el 'único y mejor' programa de prevención.

Tercero, la perspectiva de la reducción de daños contempla a los usuarios de drogas ilegales como miembros plenos de la comunidad, dignos de respeto, y capaces de comportarse de una manera racional y altruista. A pesar de que la perspectiva de reducción de daños reconoce las limitaciones que la drogodependencia produce en cuanto a la libertad de elección, los usuarios de drogas son considerados capaces de racionalizar y cambiar su conducta. *En vez de ser receptores pasivos de servicios, se considera que tienen un importante papel tanto en la planificación como en la aplicación de los programas de prevención del sida*. De hecho, frecuentemente han sido vistos como responsables de los cambios en las normas sociales entre el grupo de UDVP hacia la reducción del riesgo del sida y las organizaciones de usuarios de drogas de muchos países hacen importantes contribuciones al desarrollo de estas estrategias.

La Reducción de daños como síntesis hegeliana

Aunque la perspectiva de la reducción de daños se ha extendido ampliamente - hasta el punto de que en la actualidad hay una gran variedad de programas de reducción de daños para la prevención de la infección por VIH entre los UDVP y para la prevención de otros tipos de daños relacionados con las drogas-, se hace necesario un nuevo desarrollo conceptual de dicha perspectiva. Una de las actuales deficiencias del enfoque de la reducción de daños, apuntada incluso por sus partidarios (ver Strang, capítulo 1 en este volumen), reside en la dificultad para formular argumentos positivos de las bases conceptuales, filosóficas y éticas de esta perspectiva: con frecuencia las consideraciones sobre la reducción de daños se expresan en términos de "lo que no es" la reducción de daños, en vez de lo que es. Las dificultades que los defensores de la reducción de daños tienen en articular los valores e ideales incorporados

dentro de este enfoque han limitado mucho el atractivo político del mismo (ver Hawks, capítulo 8 en este volumen).

Para este objetivo de desarrollo conceptual / filosófico, nosotros propondríamos el pensar la reducción de daños como una síntesis hegeliana de la perspectiva de “utilización de drogas psicoactivas para celebrar el potencial humano” (la tesis) y la perspectiva “prohibición tolerancia-cero” (la antítesis) (para una discusión sobre la alternancia de estas dos perspectivas en los EE.UU., ver Musto, 1991). La perspectiva “celebrante” utiliza el potencial de las drogas psicoactivas en las ceremonias religiosas y seculares para crear un sentido de comunidad positivo. A un nivel menos ensalzado, las drogas psicoactivas también son utilizadas para aumentar la productividad económica y para fines recreativos. El enfoque “prohibicionista” ve el uso de las drogas psicoactivas inmoral en sí mismo y conducente a otros múltiples daños. Dentro de la perspectiva prohibicionista -y debido al peligro inherente de que el uso de drogas psicoactivas pueda aumentar la falta de control del individuo-, ningún nivel de uso de drogas es considerado como aceptable.

Una verdadera síntesis hegeliana debe ser mas que una simple combinación de algunas partes de la tesis y otras de la antítesis. Debe crear un todo que sea mayor que la simple suma de las partes. Tanto el enfoque celebrante como el prohibicionista implican una uniformidad del uso de las drogas psicoactivas en la sociedad -todo el mundo usando drogas de una manera constructiva en la perspectiva celebrante contra nadie usándolas en la perspectiva prohibicionista-. La gran ventaja del enfoque de la reducción de daños es que reconoce la actual diversidad en el uso de drogas. Mucha gente, de diferentes sociedades, usará drogas y una substancial minoría, aunque no todos, las consumirán a través de vías que provocan daños tanto a los individuos como a sus inmediatas redes sociales y a la sociedad en general. La reducción de daños empieza con el reconocimiento de esta diversidad y por tanto, procede a examinar las maneras mediante las cuales el daño relacionado con el uso de las drogas puede ser disminuido pragmáticamente. Debido a este reconocimiento de la diversidad en el uso de drogas psicoactivas, la reducción de daños puede ser particularmente adecuada en las sociedades multiculturales y económicamente complejas que llegaran a existir en el próximo siglo.

El hecho de que la perspectiva de la reducción de daños pueda ser desarrollada para incorporar un valor positivo sobre la diversidad en las sociedades, podría llegar a ser crítico para los esfuerzos realizados en la prevención del sida entre personas que se inyectan drogas. Una de las mayores limitaciones en los esfuerzos de prevención del sida ha sido la tendencia, que se ha observado en diferentes sociedades, a estigmatizar a los afectados. Esta estigmatización ha sido a menudo particularmente aguda con respecto a los UDVP que padecen el sida, y ha limitado los esfuerzos de prevención del sida en muchos países. Como el VIH continúa extendiéndose entre los UDVP en todo el mundo, será necesario para los programas de prevención superar la doble estigmatización asociada con el sida con y la inyección de sustancias psicoactivas.

Alcance actual del problema del VIH / drogas inyectadas

Desde la década en la que el sida se observó por primera vez entre los UDVP, ha quedado claro que éste es, verdaderamente, un problema multinacional. La infección por VIH entre los UDVP se ha producido en Norteamérica (EE.UU y Canadá), Europa (virtualmente en todos los países del oeste de Europa así como también en Yugoslavia y Polonia en el este),

Sudamérica (Brasil y Argentina), y Asia (Tailandia, China, Myanmar e India), junto con Australia y Nueva Zelanda. A pesar de que aún no hay documentación sobre la importante infección por VIH entre los UDVP en África, el problema parece existir a todos los niveles de industrialización y entre todos los sistemas políticos.

Mientras que la infección por VIH ha existido entre los inyectores de droga en un gran número de países, el nivel de infección entre los UDVP varía, como mínimo, tanto entre los países como dentro de un mismo país. Muchos países con infección significativa por VIH entre sus UDVP presentan algunas ciudades con niveles entre moderados y altos de seroprevalencia (del 30% al 50%) y otras ciudades con una seroprevalencia muy baja (menos del 5%). El mayor contraste puede ser el de Escocia: Edimburgo contaba con una tasa de seroprevalencia de aproximadamente el 50% (Robertson et al. ,1986) mientras que Glasgow, a menos de 80 Km. de distancia, mostraba una seroprevalencia de menos del 5% (Goldberg et al. , 1988).

Existen al menos dos factores que han sido asociados con la rápida propagación del VIH entre los UDVP provocando, así, una alta seroprevalencia. En primer lugar, la rápida propagación normalmente se ha producido antes de que los inyectores de drogas locales fueran conscientes de la amenaza del sida. En algunos casos, como por ejemplo en Nueva York, la rápida propagación ocurrió antes del descubrimiento del sida (Des Jarlais et al. , 1989). En otras ciudades, sin embargo, la rápida propagación ocurrió después de que la presencia del sida entre los inyectores de drogas fuera bien conocida, pero antes de que se pusiera en marcha ningún programa de prevención.

El segundo factor que ha sido asociado con la rápida propagación es la presencia de una mecanismo para la “mezcla eficiente” entre la población de inyectores de drogas. La “mezcla eficiente” se refiere a los modelos de contacto a través de los cuales la transmisión del VIH se produce entre grandes grupos de individuos desconocidos, definidos con poca exactitud, más que entre pequeños grupos de amigos. Las “galerías de chute” donde grupos diferentes de inyectores de droga pueden alquilar y usar el mismo equipo de inyección, suministran el mecanismo obvio para la “mezcla eficiente”. El *dealer’s works* (equipo de inyección que vendedores de drogas ilegales dejan a los distintos clientes) proporciona otro buen mecanismo para la “mezcla eficiente”. También puede producirse en situaciones donde un gran número de inyectores se encuentran de una manera casual, recurso de asociación para obtener drogas (ya que normalmente pueden obtenerse mejores precios cuando se adquieren grandes cantidades de droga), y luego todos usan el mismo equipo de inyección.

Dado que la inyección de drogas ilegales (y la infección por VIH entre los UDVP) se ha dado en diferentes escenarios nacionales, culturales y políticos, y que hay variaciones substanciales en la seroprevalencia del VIH entre los inyectores de droga de diferentes áreas, cabría esperar que hubiese también grandes diferencias con respecto a las conductas de transmisión del VIH. Para poder probar esta hipótesis, la Organización Mundial de la Salud dirigió un estudio sobre las conductas de riesgo del sida entre UDVP en 13 ciudades muy distantes entre ellas. Se incluyeron lugares de Norteamérica, Sudamérica, Europa y Australia (cabe destacar que en todas estas ciudades había ya algunos programas de prevención del sida en funcionamiento y que, por lo tanto, la información sobre los comportamientos de riesgo del sida indudablemente reflejan tanto un conocimiento del sida entre los sujetos como otros efectos de los programas de prevención).

A pesar de la gran diversidad económica, política y cultural de esos lugares, la información preliminar mostró fuertes similitudes con respecto a la transmisión potencial del VIH (OMS, 1993). Todas las ciudades apuntaron un comportamiento de riesgo continuado de

inyección de droga. El porcentaje de sujetos que informaron de que habían usado el equipo de inyección de otra persona en los 6 meses anteriores oscilaba entre un 20% y un 45% aproximadamente. La limpieza del equipo de inyección era común en todas las ciudades, pero el sistema más común de limpieza en todas menos en tres era el agua. Ya que la limpieza con agua también permite volver a usar la aguja y la jeringa pero no es segura para descontaminar el equipo, no está claro si la limpieza meramente con agua aumenta o disminuye la probabilidad de transmisión del VIH.

También existían indicios sobre la potencial transmisión heterosexual del VIH desde los inyectores de droga a los compañeros sexuales que no se inyectaban. En todas las ciudades había más hombres que mujeres inyectores de droga, con una proporción hombre-mujer que varía de 2,1 a un 19,1 aproximadamente. La edad media en la que una persona empezaba a inyectarse drogas era entre los 18 y los 21 años en todas las ciudades. Los sujetos estaban pues inyectándose durante el periodo en que probablemente eran activos sexualmente y tenían hijos. Al menos la mitad de los sujetos sexualmente activos informaron de que no usaron preservativos con sus parejas habituales en los 6 meses anteriores. El uso del preservativo era un poco superior con parejas ocasionales, pero al menos el 35% de los sujetos en todas las ciudades informaron de que nunca habían usado preservativos con parejas ocasionales en los últimos 6 meses.

El patrón general que surge a partir de estas similitudes puede ser resumido como la evidencia de la reducción -aunque no de eliminación- del riesgo, unido a un considerable potencial riesgo adicional de transmisión del VIH. Estos puntos comunes entre culturas son importantes para las estrategias de prevención puesto que sugieren que muchos de los diferentes programas de prevención podrían ser efectivos en distintos sitios y que no sería necesario desarrollar estrategias de prevención particulares para la gran variedad de lugares donde la infección por VIH es una amenaza para los UDVP. De hecho, muchos de los distintos tipos de programas de prevención existentes en todo el mundo no están basados en las diferencias de comportamiento de los UDVP con riesgo de infección por VIH, sino en los tipos de prevención que son populares entre los líderes políticos del área.

Programas de prevención del VIH

Hasta la fecha se han llevado a cabo una gran variedad de programas para prevenir la infección del VIH entre los UDVP. Estos incluyen: programas únicamente de información (Jackson y Baxter, 1988; Ostrow, 1989; POTT, 1990), programas de tratamiento para el abuso de drogas (Ball et al. , 1988; Yancovitz et al. , 1988; Sorensen et al. , 1989), programas de acercamiento con distribución lejía (Watters, 1988; Thompson et al. , 1990; Wiebel, Chene y Johnson, 1990), programas de intercambio de jeringas (Stimson y Lart, 1990; O'Keefe, Kaplan y Khoshnood, 1991; Van Haastrecht et al. , 1991); programas de venta de material de inyección utilizando contador para el control del intercambio (Espinoza et al. , 1988; Ingold e Ingold, 1989), y programas de asesoramiento y test del VIH (Casadonte et al., 1990; Roggenburg et al., 1990; Rugg y MacGowan, 1990).

Los estudios de evaluación realizados han indicado que todos estos programas producirán algún tipo de cambio de conducta en la reducción del riesgo del sida. Sin embargo, en la actualidad, y por varias razones, no es posible comparar la relativa efectividad de los diferentes tipos de programas. Primera, la mayoría de los programas que han sido evaluados habían utilizado más de un sólo tipo de actividad de prevención. Segunda, las unidades

específicas de medición para valorar el cambio de comportamiento varían ampliamente de unos estudios a otros. Tercera, en muy pocos estudios han sido incluidos grupos de control o de comparación. De hecho, la mayoría sólo han usado diseños pre y post intervención. Cuarta, las características de los sujetos que forman parte de los estudios generalmente no han sido descritas con suficiente detalle para que se pueda controlar por medios estadísticos las diferencias entre sujetos. Finalmente, muy pocos estudios han utilizado la transmisión del VIH como variable resultado con lo que, aunque fuera posible construir medidas comunes del cambio de conducta (por ejemplo: porcentaje de inyecciones en “galerías de chute”, porcentaje de inyecciones con el propio equipo, porcentaje de inyecciones con equipo desinfectado, etc.) aún tendríamos el problema de extrapolar el cambio de conducta a la actual tasa de transmisión del VIH.

A pesar de todas estas limitaciones metodológicas, de los estudios de evaluación se han conseguido extraer un cierto número de generalizaciones útiles (Des Jarlais y Friedman, 1992:

1. Proporcionar información sobre el sida y la transmisión del VIH es básico, pero no es suficiente.
2. Proporcionar medios para la modificación de conducta también es necesario.
3. Para el cambio de conducta de los diferentes subgrupos de UDVP -y para los mismos inyectores de droga en diferentes momentos- se requieren diferentes recursos.
4. Para poder proporcionar la necesaria variedad de medios para el cambio de conducta es importante que exista una buena coordinación de los diferentes programas -bien a través de puntos de referencia o mediante programas múltiples ofrecidos en el mismo lugar-.
5. Los programas de prevención del sida también deben ir dirigidos a tratar otras necesidades de los UDVP, incluyendo el tratamiento y los servicios sociales y sanitarios.
6. La reducción del riesgo normalmente es un proceso social, en el que los inyectores de droga se influyen entre sí en el proceso de cambio de conducta.

Ninguna de estas generalizaciones ha sido probada con rigor científico. Sin embargo, todas ellas son consistentes con los resultados de los estudios epidemiológicos y de evaluación. Muchos de ellos se desarrollaron partiendo de la experiencia práctica de los programas de prevención en funcionamiento más que de las teorías de prevención. Y, como ya se ha observado en la discusión anterior sobre la reducción de daños, muchas de estas generalizaciones son fundamentales para la conceptualización actual de la reducción de daños: por ejemplo, ofrecer recursos alternativos para metas específicas equivalentes y animar a los inyectores de droga a influirse mutuamente en el proceso de cambio de conducta.

Éxitos de la prevención

Mientras que las dificultades metodológicas mencionadas en la mayoría de los estudios de evaluación sobre prevención hacen difícil la valoración de los efectos de los programas de prevención sobre la transmisión del VIH entre los UDVP, hay como mínimo dos áreas geográficas donde los programas de prevención parece que tienen éxito. En la provincia de Skane, al sur de Suecia, los programas de prevención empezaron antes de que el VIH estuviera establecido entre los UDVP (Ljunngberg et al., 1991). Estos programas incluían

intercambios de jeringas, programas de tratamiento del abuso de drogas y de amplio asesoramiento y test sobre el VIH (el asesoramiento y test sucesivos proporcionan mucha evidencia sobre la efectividad de los esfuerzos de prevención). Los resultados positivos del test de VIH son notificados a las autoridades de Salud Pública quienes estiman que más del 90% de los usuarios locales de drogas inyectadas han sido evaluados sobre el VIH). De hecho, aunque se sabe que incluso los usuarios de drogas VIH positivos se han trasladado de zona, ha habido muy poca transmisión local del VIH. Se estima que la seroprevalencia actual en la provincia es de aproximadamente un 2%, pero sólo un 20% de estos inyectores de drogas VIH positivos se infectaron cuando residían en la provincia. El resto (incluyendo a los UDVP ya VIH positivos que se trasladaron recientemente a esta zona) se infectó fuera de la misma. Así, la seroprevalencia de transmisión local está actualmente por debajo del 0,5%. Aunque no es posible determinar la relativa efectividad de los componentes individuales de los esfuerzos de prevención en Skane, está claro que, hasta la fecha, ha habido una prevención exitosa de la epidemia del VIH entre los UDVP del lugar.

A escala nacional, Australia probablemente ha tenido los programas de prevención más efectivos con respecto al VIH entre los UDVP (Bowtell, 1992; Crofts, 1992; Wodak, 1992). De nuevo, una parte importante de este éxito proviene del hecho de que los programas de prevención se implementaron antes de que el VIH se conociera bien entre los inyectores de drogas del país. Los componentes del programa de prevención fueron: 1) El tratamiento de mantenimiento con metadona para los adictos a la heroína estaba extendido ampliamente, 2) las leyes que restringían la venta de equipos de inyección fueron revocadas, 3) se establecieron un gran número de dispositivos de intercambio de jeringas y, 4) se formaron grupos de “usuarios” para que los UDVP pudieran participar activamente en el planteamiento y aplicación de las actividades de prevención del sida. Así pues, los comportamientos de riesgo entre los UDVP en Australia han tenido niveles entre bajos y moderados, y la seroprevalencia del VIH ha seguido estando por debajo del 5% desde el comienzo de estas actividades de prevención en los años 1986 – 1987.

Una de las preguntas más importantes que surge sobre la investigación de estos programas de prevención de evidente éxito es: ¿qué proporción de UDVP activos necesita participar directamente en las actividades de prevención para poder prevenir una propagación de la epidemia del VIH entre la totalidad del grupo? En base a los estudios realizados en lugares de baja seroprevalencia como Suecia, Australia y Tacoma, Washington (Hagan et al., 1991), parece que mientras que para todos o casi todos los UDVP es necesario saber al menos que el VIH es una amenaza local y cómo se transmite, quizás sólo entre un cuarto y un tercio de los UDVP necesitan participar regularmente en los programas de prevención tales como el intercambio de jeringas (debe señalarse que muchos participantes en intercambios de jeringas también sirven de agentes “satélites” suministrando equipos de inyección estériles a inyectores de drogas que no acuden a los intercambios, estos participantes indirectos no están incluidos en esta fracción). Muchos inyectores de droga que no participan directa y regularmente en programas de prevención estarán, desde luego, practicando también la reducción del riesgo del VIH. Se necesita mucha más investigación en relación a este tema.

Es hora de darnos cuenta de que para mantener una baja seroprevalencia de VIH a un nivel estable no es necesario tener a todos los UDVP del lugar participando regularmente en programas de prevención. Las bajas tasas de seroprevalencia de VIH pueden permanecer estables incluso sin la total participación de todos los inyectores de drogas en actividades normales de prevención.

Los retos del futuro

Aunque existen algunos lugares en donde la epidemia del VIH entre los UDVP se ha evitado, también hay retos difíciles tanto para la investigación futura como para los programas mismos de reducción de daños y prevención del VIH. Mientras que existe mucha investigación relativa a la modificación de conducta realizada por los UDVP para reducir el riesgo del sida, hay muy poca sobre como mantener dichos cambios en el tiempo. Un estudio realizado en la ciudad de Nueva York descubrió que aproximadamente un tercio de aquellos que habían modificado su conducta habían fracasado en el mantenimiento de dicho cambio (Des Jarlais, Abdul-Quader y Tross, 1991). Si el fracaso en el mantenimiento del cambio debiera conceptualizarse como un desliz episódico o como una recaída total y el cómo incrementar el mantenimiento del cambio son temas urgentes a investigar.

En el ámbito político hay una cuestión paralela sobre el mantenimiento del compromiso público. El que los programas de prevención del VIH parezcan haber tenido éxito, podría producir la idea de que ya no son necesarios. El concepto de “educación sobre el sida” como algo permanente en el tiempo, como algo que una vez la gente ha aprendido sobre como evitar el sida y tiene todo lo necesario para modificar su conducta ya no se olvida, puede ser engañoso. La interrupción de los programas puede, subsecuentemente, conducir a la rápida propagación del VIH.

Aunque los programas actuales parecen capaces de prevenir la epidemia del VIH antes de que se extienda a lugares de baja seroprevalencia, hay problemas especiales en las áreas con alta seroprevalencia. En estos lugares, los niveles residuales de conductas de riesgo conducirán probablemente a nuevos e importantes rebrotes de infecciones del VIH debido a la gran probabilidad que existe de que, cada vez que se produce un uso multipersonal del equipo de inyección, una o más de las personas involucradas padecerá el VIH. Por lo tanto, en zonas con alta seroprevalencia podría ser necesaria una segunda generación de programas de prevención.

Por razones que aún no han sido totalmente determinadas, los programas actuales han tenido mucho menos efecto sobre el cambio de la conducta sexual de los UDVP comparado a sus conductas de inyección de droga (Des Jarlais y Friedman, 1992; Stimson, 1990). En lugares de baja seroprevalencia, la mejor manera de conseguir la prevención de la transmisión sexual es, en primer lugar, evitando las infecciones a través de la reducción del uso multipersonal de equipos de inyección. Para lugares de alta seroprevalencia, el problema de la transmisión sexual necesita ser tratado directamente.

Una tarea de prevención adicional que aún necesita ser tratada es el problema de los inyectores neófitos. Mientras que es más probable que las personas que empezaron a inyectarse después de surgir la epidemia del sida practiquen una inyección más segura que las personas que empezaron a inyectarse antes que el sida apareciese (Neaigus et al., 1991; Vlahov et al., 1991), los nuevos inyectores presentan niveles inquietantes de conductas de riesgo. Es menos probable también que los nuevos inyectores utilicen intercambio de jeringas y otros programas de prevención del sida que los inyectores expertos (Stimson, 1989). La perspectiva de la reducción de daños probablemente ofrece varias ventajas sobre la perspectiva de tolerancia-cero para prevenir la infección por VIH entre los nuevos inyectores porque, sin que requiera un cese completo del uso de la droga, puede alentar las más modestas y alcanzables metas de “una inyección más segura” o una no-inyección de drogas

ilegales, como alternativas al alto riesgo de infección de las drogas ilícitas. De todos modos, en la actualidad no tenemos una adecuada base de conocimiento empírico para aplicar las estrategias de reducción de daños al problema de los nuevos inyectores de drogas (Strang et al. , 1992; Des Jarlais et al. , 1992).

El reto final de la utilización del enfoque de la reducción de daños para prevenir la infección por VIH entre los inyectores de drogas puede ser el más difícil. La reducción de daños así como los programas de prevención de daños han sido desarrollados y aplicados principalmente en los países industrializados. Los problemas de inyección de drogas ilegales y de infección por VIH entre los UDVP son particularmente agudos en países en vías de desarrollo o recientemente industrializados. Es difícil prever como la reducción de daños puede ser aplicada en muchos de estos países. La reducción de daños parece antitética para las políticas y culturas religiosas de muchos países en vías de desarrollo (como también en algunos países industrializados). También es una cuestión de recursos, ¿tiene sentido proponer un intercambio de jeringas UDVP en países que no pueden proporcionar suficientes equipos de inyección esterilizados para un uso sanitario normal? Al principio de este capítulo, se discutía sobre la importancia de la prevención del VIH para el movimiento de la reducción de daños. Si la reducción de daños no se puede aplicar con éxito a los problemas de inyección de drogas ilegales y de transmisión del VIH entre los UDVP de países en vías de desarrollo, mucha gente considerará que no es debido simplemente a las limitaciones tácticas de la reducción de daños, sino al fracaso fundamental de toda la perspectiva.

CAPÍTULO 23

CALCULANDO EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH EN CENTROS PENITENCIARIOS

MATT GAUGHWIN Y DAVID VLAHOV

La infección por VIH-1, la causa del sida, es el principal problema para la Salud Pública en las prisiones de todo el mundo. El sida se ha convertido en la principal causa de muerte en algunos centros penitenciarios (Salive, Smith y Brewer, 1990; Hammett, Moini y Daugherty, 1991).

La seroprevalencia de infección por VIH-1 en centros penitenciarios varía geográficamente tanto dentro de cada país como entre países. En los EE.UU. la seroprevalencia al entrar en prisión oscila desde un 0% entre las mujeres en estados como Wyoming, a un 19% en las mujeres que entran en prisión en Nueva York (Truman et al.; Hammett, Moini y Daugherty 1991). En Europa se han observado variaciones similares (Harding, 1987), mientras que la limitada evidencia de Australia indica que las prevalencias son inferiores a un 2% variando desde un 0% en el norte del territorio a un 1,2% en el sur (Heilpern y Eggar, 1991).

Aunque hay estudios sobre las tendencias temporales de la prevalencia de VIH-1, los resultados de los pocos estudios existentes han mostrado que la prevalencia es estable tanto a la entrada en prisión como durante el tiempo de reclusión (Vlahov et al., 1989; Vlahov et al., 1990; Gaughwin et al., 1991).

Fuera de la prisión, y tanto en los EE.UU. como en Europa, Escocia y Asia, pero no en Australia, se ha observado un rápido aumento de la prevalencia de infección por VIH-1 entre los UDVP (Des Jarlais y Friedman, 1989; Bell, Fernandes y Batey, 1990; Donovan et al., 1990; Wolk et al., 1990). En Nueva York y otras partes hay evidencias de que la prevalencia se estabiliza al 100%. Sin embargo, la estabilización de la prevalencia no quiere decir necesariamente que la transmisión no exista (Des Jarlais et al., 1989).

Factores de riesgo y requisitos para infección por VIH-1 en el marco penitenciario

El factor de riesgo más importante para contraer la infección por VIH-1 en el marco penitenciario es el consumo de droga por vía intravenosa anterior a la encarcelación. Algunos estudios hechos en los EE.UU. y Europa han llevado a esta conclusión. Los UDVP que entraban en las prisiones en Maryland en 1987 eran 8 veces más propensos a infectarse por VIH-1 que los que no se inyectaban (Vlahov et al., 1989). En el sistema penitenciario de Nueva York, donde se llevan a cabo investigaciones sobre los factores de riesgo de los casos diagnosticados de sida, aproximadamente el 95% de los internos con sida tenían un historial de uso de drogas intravenosas; comparado con el 3% que decían ser exclusivamente homosexuales (Oficina para el Control de las Enfermedades Transmisibles, 1989). En el sur de Australia, el 85% de los individuos infectados eran conocidos por ser UDVP (Gaughwin et al., 1991).

Proporciones considerables de internos en centros penitenciarios en muchas partes del mundo tienen antecedentes de conductas de riesgo que les predisponen a la adquisición de enfermedades transmisibles. La conducta predisponente predominante entre los internos es, en general, el uso de drogas intravenosas. Varios estudios han descrito que un 53% de los internos tienen antecedentes de uso de drogas inyectables mientras que un 28% han estado

implicados en actividades homosexuales en algún momento de sus vidas (Gaughwin, Douglas y Wodak, 1991).

También hay confirmación de que aquellos que tienen antecedentes de uso de drogas intravenosas continúan inyectándose y compartiendo jeringas en algún momento de su estancia en prisión. Sin embargo, pocos individuos empiezan a inyectarse en las prisiones. Un reciente análisis de los estudios de las conductas de riesgo en prisiones indicaba que una media aproximada del 33% de todos los internos se inyectaba y cerca de un 12% se implicaban en actividades homosexuales durante su estancia en la prisión (Gaughwin, Douglas y Wodak, 1991).

Estudios sobre los UDVP indican que cuando están en prisión, cerca de un 42% se inyectan. Cerca de un 80% de aquellos que se inyectan en prisión comparten el equipo de inyección en algún momento, y menos de un 30% limpian adecuadamente, con lejía o agua hirviendo, el equipo compartido (Gaughwin, Douglas y Wodak, 1991).

Sin embargo, algunos estudios sobre UDVP sugieren que la frecuencia media de inyección en prisión (cerca de una vez por semana) es substancialmente más baja que fuera de ella (Gaughwin, Douglas y Wodak, 1991).

Evidencia de transmisión del VIH-1 en prisiones

Dado que el riesgo de transmisión del VIH-1 parece ser considerable en las prisiones, ¿cuál es la evidencia de la transmisión del VIH-1 que se produce durante el encarcelamiento? La evidencia epidemiológica de un pequeño número de estudios de incidencia en los EE.UU. muestra una transmisión poco frecuente del VIH-1 en los sistemas penitenciarios (Kelly, Redfield y Ward, 1986; Brewer et al, 1988; Horsburgh et al., 1990; K. Castro, comunicación personal, 1992).

Fuera de las prisiones, estudios regionales sobre UDVP han demostrado que las prácticas de inyección fuertemente asociadas con la infección por VIH-1 (aumento de la frecuencia de inyección, el compartir el equipo con extraños, el compartirlo con otros muchos inyectores y el uso de las 'galerías de chute') han aumentado, (Friedlan y Klein, 1987; Schoenbaum et al., 1989). Una inyección frecuente podría aumentar el riesgo de infección por el aumento de la exposición al VIH-1 al exponer al individuo a una múltiple inoculación de sangre infectada por VIH-1.

Mientras que la prevalencia de infección por VIH-1 parece ser considerable en algunas prisiones, la prevalencia y frecuencia de inyección entre los UDVP es más baja dentro que fuera de la prisión (Gaughwin, Douglas y Wodak, 1991) lo que puede explicar parcialmente el hallazgo en las prisiones de transmisión poco frecuente de VIH-1.

Probablemente no es realista conceptualizar la transmisión del VIH-1 en instituciones penitenciarias como si se produjese de una manera uniforme. Mientras que la prevalencia de VIH-1 al entrar en prisión puede dar una indicación del alcance de la infección en las prisiones, ésta puede ser diferente si se considera el sistema penitenciario como un todo o, por el contrario, si se analiza la prevalencia en instituciones particulares. En Australia, las prisiones tienen tendencia a juntar a aquellos individuos que han cometido delitos serios y consecuentemente reciben largas sentencias, con los que son encarcelados con sentencias cortas por delitos menores (Walker, 1989). Un estudio sobre la transmisión de la hepatitis B en un sistema penitenciario de EE.UU. señaló que los internos que había en prisión era más

probable que hubieran estado implicados en conductas de riesgo mientras estaban encarcelados que cuando habían sido puestos en libertad (Decker et al., 1985).

Otra consideración es la distribución de internos infectados por el VIH-1 dentro del sistema penitenciario. *A priori*, no hay una razón para esperar que los internos infectados se distribuyan uniformemente por todas las instalaciones. Factores como las políticas de segregación de los internos infectados y políticas sujetas a medidas de seguridad pueden a veces reunir a los internos infectados en algunas instituciones. A pesar de que la prevalencia de infección en las instituciones penitenciarias como un todo puede ser baja, ésta puede ser particularmente alta en algunas instituciones. Así, en el sur de Australia en 1989, algunas prisiones nunca habían albergado a internos infectados por el VIH-1 mientras que otras tenían una prevalencia de infección del 5%. En contraste, la prevalencia global del sistema penitenciario en el sur de Australia era más o menos de un 1,2% en 1989 (Gaughwin et al., 1991).

Prevalencia en incidencia de la infección por VIH-1 en las prisiones

Hay alguna evidencia de que la alta prevalencia de infección en las prisiones está asociada con altas tasas de transmisión de VIH-1 (Tabla 23.1). Esta observación nos sugiere que prisiones situadas en áreas de alta prevalencia de VIH-1 como en Nueva York, pueden aportar a sus comunidades un número considerable de individuos infectados por VIH-1. Extrapolando los datos de EE.UU., estimamos que un sistema penitenciario australiano como el del sur de Australia puede aportar hasta 2 nuevas infecciones por cada 1.000 internos / año. Las estimaciones tienen amplios intervalos de confianza y somos conscientes de las limitaciones de dichas extrapolaciones pero, en ausencia de una vigilancia adecuada de la transmisión del VIH-1 en el sistema penitenciario australiano, son una guía útil.

Tabla 23.1 Puntos de estimación de prevalencia e incidencia del VIH-1 entre los internos de los Estados Unidos de América.

Sistema penitenciario	Prevalencia (%)	Incidencia por 10 ³ años / prisión	Intervalo de confianza al 95 %
Militar [*]	1,0	0,0	0,0 – 2,0
Nevada [†]	2,4	1,7	0,1 – 7,4
EEUU [§]	3,3	3,3	1,2 – 7,0
Maryland [¶]	7,0	4,2	0,1 – 13,3

^{*} Kelly, Redfield y Ward (1986).

[†] Horsburgh et al. (1990).

[§] K. Castro, comunicación personal (1992).

[¶] Brewer et al. (1988).

También es probable que la transmisión del VIH-1 en las prisiones se dé de una manera episódica cuando la conjunción de conductas de riesgo y prevalencia de infección sea tal que facilite una transmisión localizada. Estas condiciones se pueden dar rara y transitoriamente. La evidencia de que éste pueda ser el modelo de transmisión viene de los estudios sobre la transmisión de la hepatitis B en los sistemas penitenciarios. De hecho, dos estudios en los EE.UU. hallaron una baja frecuencia de transmisión en las prisiones (Decker et al., 1985; Hull

et al., 1985). Dado que la hepatitis B está considerada como más infecciosa que el VIH-1, estos resultados hacían tener algún optimismo respecto al VIH-1 (Friedlan y Klein, 1987) pero, de todos modos, no causan satisfacción. Análisis en sistemas penitenciarios americanos muestran brotes de corta duración de la extensa transmisión de la hepatitis B (Decker et al, 1984).

Un escenario para un brote de infección por VIH-1 en una prisión

¿Cuáles son las circunstancias que pueden precipitar brotes de infección por VIH-1 entre los UDVP encarcelados? Una puede ser la alta prevalencia local de infección y de conductas de riesgo. Por ejemplo, en una celda de 10 individuos puede haber varios inyectores y entre ellos 1 o 2 pueden estar infectados. Si sólo tienen una o dos jeringas disponibles, las precondiciones para un brote son evidentes. Si en la celda no hay lejía con la que desinfectar adecuadamente el equipo, la situación es peor. Supongamos que estos internos limpian normalmente su equipo con agua antes de inyectarse, pero una noche justo después de que un interno afectado por VIH-1 se inyecte, oyen que se acerca un oficial de prisión; las elecciones son no inyectarse o inyectarse rápidamente. Para no perder una oportunidad, el próximo interno limpiará el equipo superficialmente y recibe una inoculación relativamente grande de sangre que contiene VIH-1 quedando así infectado. Este interno se encuentra relativamente bien, excepto por algunos síntomas de una enfermedad como la gripe, pero al tiempo tiene una pronunciada viremia de VIH-1. Él continúa inyectándose y compartiendo el equipo, pero a causa de la viremia hasta los pequeños volúmenes de sangre que quedan en la jeringa contienen muchos vibriones. Estas condiciones pueden facilitar la transmisión extensiva del VIH-1 (Barry et al., 1990).

Tal escenario no es imaginario. Durante nuestras discusiones con internos algunos han descrito circunstancias similares con comentarios tales como “yo vi sangre en la jeringa pero era inyectarse o perderselo”.

Además, actualmente está bien documentada la alta carga viral en la primera infección por VIH-1 (Clark et al., 1991). Los síntomas pueden ser leves y los títulos virales pueden ser considerables antes de que los síntomas se desarrollen. Dada la poca alteración del estado de salud y la observación de que la mayoría de las infecciones primarias no se reconocen (Clark et al., 1991), probablemente no se alterará la conducta de inyección. Puede no haber un signo obvio de infección y no haber manera de que un interno que usa una jeringa después de alguien que cree que no está infectado pueda estar seguro que tal interno no esté infectado.

La escasez de jeringas en las prisiones complica la situación. Hay pocos datos sobre cuántas jeringas están disponibles para los inyectores en las prisiones. En el sur de Australia, los análisis de los datos sobre el número de jeringas encontradas en un año y las estimaciones del número de jeringas de los internos anteriores, indican una tasa de una jeringa aproximadamente para cada 4 o 5 inyectores (Gaughwin et al., 1991). Además, en las prisiones las agujas y jeringas circulan de unidad en unidad y de celda en celda. En muchos casos no es posible tener una idea de quien ha usado la jeringa previamente. A pesar de que el escenario indicado aquí es realista, es importante anotar que no hay referencias de brotes de transmisión del virus en las prisiones. De todas maneras, la aparente poca frecuencia de un síndrome clínico pronunciado durante la infección primaria, la poca frecuencia de realización de pruebas serológicas del VIH-1, el relativamente largo periodo de incubación y el extenso movimiento de los internos entre prisiones y comunidades, reducen la detección de brotes del VIH-1.

Las prisiones como posibilitadoras de la transmisión del VIH-1

La falta de asistencia a los internos para que dejen de inyectarse drogas o suministrarles los medios adecuados para que se inyecten de una manera segura hace que los sistemas penitenciarios de todo el mundo estén, con pocas excepciones, posibilitando brotes potenciales de VIH-1 y otras enfermedades (Harding, Manghi y Sánchez, 1990).

Sólo una o dos instalaciones penitenciarias en Australia suministran lejía. En 1990 ninguna prisión del mundo permitía la distribución o intercambio de agujas y jeringas (Harding, Manghi y Sánchez, 1990; Gaughwin, Douglas y Wodak, 1991).

Como hemos explicado anteriormente, las circunstancias de la inyección pueden ser cruciales para que la inyección se produzca de una manera segura. La vigilancia de los internos por los oficiales puede precipitar prácticas de inyección imprudentes y muy inseguras. Desdichadamente, hay pocos datos con los que describir y cuantificar la prevalencia y frecuencia de estas circunstancias que pueden ser las claves para entender la transmisión de enfermedades en las prisiones y en otros entornos de baja prevalencia. En muchos sistemas penitenciarios, el contrabando que invariablemente incluye agujas y jeringas, es perseguido. Cuando hay tan corta provisión de jeringas, la confiscación de una sola jeringa puede aumentar impresionantemente la frecuencia de compartir las jeringas que quedan hasta que otras jeringas entren a la prisión.

En las prisiones de Australia no hay disponibilidad de preservativos, pero sí en algunas pocas prisiones de EE.UU., Canadá y alguna otra parte y no se han detectado consecuencias adversas (Harding, Manghi y Sánchez, 1990; Hammett, Moini y Daugherty, 1991). Hay pocos datos sobre la naturaleza y frecuencia de la conducta sexual en las prisiones aunque algunos autores han descrito cuestiones sociológicas asociadas a tal conducta centrándose en las relaciones de dominación entre los internos. Heilpern y Eggar (1989) realizaron una revisión de estos estudios. La existencia de violación en las prisiones ha sido documentada como una circunstancia especial por la cual pueden producirse transmisiones localizadas de enfermedades contagiosas. Si un interno varón infectado por VIH-1 es un homosexual violador o promiscuo, la posibilidad de una transmisión extensiva local está presente. Durante la violación no es probable que se usen preservativos (Gaughwin et al. , 1990) y, por lo tanto, la mayor esperanza para la prevención puede ser el entender los determinantes de la violación en la prisión y el ajustar las prácticas de ubicación de los internos de tal manera que los perpetradores potenciales y susceptibles no entren en contacto entre ellos. El entender la sexualidad en prisión más exhaustivamente ayudará a hacer de las prisiones lugares más seguros para los internos. El hecho de que la transmisión de la gonorrea haya sido documentada entre los internos varones (Van Hoeven, Rooney y Joseph, 1990) confirma que el coito anal se produce y es causante de la transmisión de agentes infecciosos.

El más amplio papel de las prisiones en ayudar a prevenir epidemias del VIH-1

Para muchos internos, las prisiones son como casas donde viven durante relativamente cortos periodos de tiempo antes de volver a sus comunidades. Debido a que el uso de drogas inyectadas es una actividad criminal, muchos internos tienen un historial de inyección de drogas y, por ende, muchos inyectores de drogas tienen un historial de encarcelamiento.

Varios estudios han documentado que el uso de drogas inyectadas antes de la encarcelación es de hasta un 50% entre los internos (Gaughwin, Douglas y Wodak, 1991). Un gran número de individuos pasa a través de los sistemas penitenciarios hasta cinco veces por año (Van Hoeven, Rooney y Joseph, 1990).

Esta alta rotación de internos significa que las prisiones tienen el potencial de comunicarse y asistir a mucha gente.

Que el estilo de vida *de la prisión-a la comunidad-a la prisión* es una receta para la catástrofe se puede ver claramente en las altas cifras de mortalidad por sobredosis de droga de los internos recientemente liberados (Harding-Pink y Frye, 1988). Las prisiones, al albergar muchos individuos y ser puntos fundamentales en las vidas de los internos, tienen una responsabilidad en minimizar los riesgos que los individuos y las comunidades sufren como resultado de sus interacciones con los sistemas penitenciarios.

Tomar esta responsabilidad requiere un acercamiento pragmático a un número de temas molestos, incluyendo particularmente el qué hacer acerca de las drogas en las prisiones. Específicamente, se requiere un acercamiento multidimensional a la rehabilitación incluyendo una educación adecuada, una adecuada atención sanitaria que incluya el tratamiento para los problemas con las drogas, y un plan adecuado de asistencia para los que dejan las prisiones.

A pesar de que persiste alguna confusión acerca de formas de transmisión del VIH-1 improbables, en general, los internos y los UDVP parecen tener un conocimiento adecuado del VIH-1 (Celentano et al., 1990; Gaughwin et al., 1990; Celentano et al., 1991). Pero el conocimiento por sí sólo no es una garantía de que las conductas de riesgo no se producirán (Wolk et al., 1990). El uso de droga inyectada es un fenómeno complejo que tiene determinantes personales y situacionales. Los internos del sur de Australia opinan que la inyección continuará produciéndose en las prisiones a pesar de la presencia de la infección por VIH-1 (Gaughwin et al., 1990). Con tal evidencia, es preciso darse cuenta de una forma pragmática de que se necesita un enfoque de la reducción del daño en lugar de uno sólo hacia la abstinencia. La reducción del daño ha prevenido la transmisión fuera de las prisiones (Brettell, 1991). Diseñada apropiadamente e institucionalizada, tal filosofía y enfoque tienen el mismo potencial dentro de las prisiones. Como resultado, los esfuerzos en la prevención deberían tomar nota de las condiciones marcadamente diferentes de las prisiones comparadas con las de fuera de ellas. Hay alguna evidencia de que las comunidades terapéuticas dentro de las prisiones pueden reducir la reincidencia en la relación con las drogas (Gerstein y Levin, 1990).

En Australia, en una conferencia internacional de trabajadores de correccionales, trabajadores de salud, académicos y un representante de los internos, se pusieron de acuerdo y abogaron por un enfoque pragmático para la prevención de la transmisión del VIH-1 incluyendo un ensayo de provisión de jeringuillas (Douglas, 1991).

Además de los requerimientos básicos para la prevención de la infección, se deberían revisar las actividades institucionales que conllevan el riesgo de transmisión. Para que las prácticas preventivas sean apropiadas se han de caracterizar y describir más a fondo las situaciones de alto riesgo en las prisiones. Sería útil conceptualizar la transmisión del VIH-1 en las prisiones en términos de epidemias de infección en pequeños grupos debido a la conjunción de acontecimientos inusuales. El desarrollo de estrategias de prevención adicionales puede ayudarnos a retener tal concepto en mente.

Las prisiones tienen una ventaja sobre la comunidad en el sentido de que pueden regular el movimiento y ubicación de los internos. Se necesita hacer un modelo para saber si se

producen más infecciones cuando, en una institución, los internos infectados se juntan o se dispersan. Tal conocimiento puede ser útil para la administración de las prisiones y, más aún, para evitar los problemas de segregar internos infectados y no infectados. Intuitivamente se puede decir que si se evita una concentración de alta prevalencia, entonces puede ser posible evitar una transmisión escalonada.

En áreas donde la prevalencia de la infección por VIH-1 es baja, está claro que centrar los esfuerzos de prevención en aquellos que están infectados puede ser una manera eficiente de minimizar el riesgo de transmisión. Tal enfoque confía desde luego en la existencia de un mecanismo de vigilancia serológica, pero no implica que tenga que ser obligatorio. Una asistencia compasiva y la más alta calidad de asistencia sanitaria a aquellos que están infectados pueden ser recompensada con mejoras en su salud y reducción del riesgo de transmisión.

En resumen, hemos sostenido que la transmisión por VIH-1 se ha producido con poca frecuencia en algunas prisiones pero que puede producirse más frecuentemente en prisiones donde la prevalencia de infección es alta. Sostenemos que la transmisión del VIH-1 en las prisiones probablemente se produce de una manera episódica, con pequeños grupos de infección. Las condiciones de las prisiones y las políticas relacionadas con el suministro de preservativos y lejía pueden alterar sustancialmente el riesgo de transmisión. Pero al diseñar estrategias de prevención, también se deben considerar las circunstancias especiales en las prisiones predisponentes de conductas muy poco seguras.

Las prisiones tienen una responsabilidad y la oportunidad de contribuir substancialmente a prevenir la transmisión del VIH-1. Los gerentes y administradores de prisiones, así como los políticos que las dirigen, deberían aceptar la responsabilidad y aprovechar la oportunidad de ayudar a disminuir el riesgo de transmisión del VIH-1 dentro y fuera de las prisiones. Tal acción puede requerirles que se despojen de sus propias trabas y, si lo hacen, probablemente nos beneficiarían a todos.

CAPÍTULO 24

GRUPOS DE USUARIOS DE DROGAS: LA EXPERIENCIA AUSTRALIANA

DAVID HERKT

Los cambios ocurridos en las comunidades de usuarios de drogas de Australia como resultado directo de las políticas nacionales frente al VIH / sida han sido revolucionarios. Y no sólo en relación a las vidas de los individuos de estas comunidades sino también en lo que se refiere a relación entre estas comunidades y la población general.

En 1982 en Australia, hubiese sido inconcebible imaginar que, en una década, los usuarios de drogas estuviesen usando programas de intercambio de jeringas financiados por el gobierno con equipos compuestos por jóvenes, de los que se sabía con certeza que eran consumidores de drogas. También hubiese sido impensable, tanto para los usuarios de drogas como para los proveedores de servicios, que en pocos años los usuarios de drogas serían capaces de acudir a estos servicios y recibir gratuitamente un gran número de jeringas, toallitas de alcohol, ampollas de agua estéril, contenedores de jeringas usadas y un libro de 160 páginas financiado por el gobierno sobre cómo inyectarse drogas sin transmitir el VIH y cómo evitar otros problemas asociados a técnicas de inyección específicas o a determinados tipos de sustancias (Liga Australiana IV, 1990).

Del mismo modo, en 1989 hubiese sido inconcebible que el Estado australiano y los gobiernos de la Commonwealth financiaran a grupos de usuarios en todas sus jurisdicciones, habitualmente organizados alrededor de un programa de intercambio de jeringas y que además contratasen a usuarios para proyectos educativos (tanto dirigidos a la comunidad de usuarios como a la de proveedores de servicios) en puestos de trabajo de apoyo y desempeñando funciones administrativas.

Más aún, en 1982 el que los usuarios de programas de metadona y de centros de tratamiento pudiesen obtener jeringas de la misma entidad que dispensaba metadona y terapia orientada a la abstinencia hubiese sido una violación del pensamiento médico de aquel momento.

Durante la última década, el crecimiento de las organizaciones de usuarios de drogas en varios países desarrollados ha ocurrido como respuesta a la epidemia del VIH y a la necesidad de minimizar esta posible complicación del uso de drogas. Un efecto no previsto de estas organizaciones ha sido el cambio de opinión no sólo de la sociedad sino de los usuarios con respecto a ellos mismos. En este capítulo se realiza un recorrido por el desarrollo de las organizaciones de usuarios de drogas en Australia, -a los que nos referiremos coloquialmente como 'usuarios'-, para identificar principios que podrían aplicarse a otros países. Las organizaciones de usuarios fueron concebidas para facilitar la reducción del daño en la prevención del VIH. La extensión del marco conceptual a la comunidad, la organización de la propia experiencia de los usuarios como fines utilitarios y el desarrollo de estrategias educativas dirigidas a las comunidades de usuarios y a los que les proporcionan servicios, hacen pensar que estas organizaciones sobrevivirán al sida.

Cambios en el uso de drogas inyectables en Australia

En Australia se han documentado cambios en las prácticas de inyección de drogas como resultado de las políticas nacionales. Antes de 1987, la mayoría de usuarios de drogas se

hubiesen inyectado si fuese preciso con la misma jeringa y las prácticas de limpieza no eran adecuadas para evitar el VIH o las hepatitis B y C. Las toallitas de alcohol apenas se utilizaban.

Tres años más tarde, a principios de los 90, la mayoría de usuarios de drogas usaban, en casi todos los episodios de inyección, jeringas nuevas. De forma anecdótica se reseñaba que muchos usuarios de drogas asociaban el olor de las toallitas de alcohol con el momento de la administración de la droga. En Australia, como en otros lugares, el cambio más importante en las prácticas de inyección de drogas ha consistido en la reducción de la incidencia de la práctica de compartir el equipo de inyección.

Antes de 1987, el acto de compartir era una práctica muy común cuando dos o más usuarios de drogas estaban presentes. Habitualmente se limpiaban las jeringas con agua caliente aunque algunos usuarios las hervían. Las técnicas de limpieza raramente eran efectivas para erradicar los virus de las hepatitis y el VIH. A principios de los 90, el acto de compartir ocurría de forma poco frecuente y, cuando se compartía el equipo de inyección, la limpieza era habitualmente efectiva, utilizándose para ello tanto lejía como alcohol.

Varias comunidades australianas de usuarios de drogas han sido aceptadas y reconocidas como comunidades con mecanismos representativos y estructuras formales. La relación entre estas comunidades, los comités del gobierno y las organizaciones sanitarias, actualmente ha llegado a estar bien establecida en el ámbito oficial. Los usuarios están representados en una amplia gama de entidades que toman decisiones políticas y proporcionan servicios. En 1992, en todos los estados de Australia, excepto uno, era posible contactar con un consumidor activo contratado no sólo por su historial personal, sino también por otras habilidades importantes en áreas como la educación, la administración y el consejo-orientación.

Los organismos gubernamentales responsables de las tomas de decisiones políticas y las organizaciones que proporcionan servicios directos a los UDVP han tenido que modificar substancialmente sus relaciones tanto con los UDVP como con la comunidad de UDVP como tal. En muchos casos, esto ha precisado de una re-evaluación de la filosofía de los centros que ofrecían servicios tan diversos como la desintoxicación, el mantenimiento con metadona, la rehabilitación y el consejo-orientación en situaciones de crisis.

Estos cambios se adquirieron debido a que se comprendió que para prevenir la transmisión del VIH era necesario desde el principio que los usuarios experimentados modificaran sus prácticas de inyección y que los nuevos usuarios tuviesen conocimiento acerca de cómo evitar la infección por VIH asociada al uso de drogas por vía parenteral. Debido a que la mayor parte de los usuarios de drogas no estaban en contacto con los centros de tratamiento, se requerían estrategias nuevas de contacto para trabajar en esta dirección.

Los modelos de educación basados en los grupos de iguales eran considerados como los de mayor éxito en la comunidad gay australiana. Este ejemplo llevó a las autoridades australianas a adoptar enfoques similares con los usuarios de drogas y, así, desde 1988 hasta 1992, la estrategia basada en el grupo de iguales fue la dominante en la educación sobre el VIH entre los usuarios de Australia.

Como resultado de estos cambios en la política de prevención del VIH, de tratamiento y de investigación, la percepción de los usuarios cambió desde ser contemplados como personas con una disfunción que requería un substancial soporte terapéutico hasta contemplarlos como personas capaces de adquirir educación y ganarse un empleo usando, al mismo tiempo, drogas. Este dramático cambio en la percepción de los usuarios también fue evidente en la financiación de los grupos de usuarios. La creación de estos grupos no sólo reflejaba la

necesidad de utilizar a los grupos de iguales en la era del VIH, sino también la necesidad de disponer de grupos representativos a los que el Estado pudiera consultar con respecto a temas de producción y aplicación de políticas. De este modo, además de por el VIH, los grupos de usuarios fueron consultados acerca de un amplio rango de temas legales e, incluso, sobre política sanitaria.

Mecanismos de cambio

Política

La infección por VIH y el desarrollo posterior de sida debe ser considerado desde una perspectiva más amplia que la del simple estudio de un virus y su conjunto de síntomas. La transmisión del VIH es el resultado de comportamientos íntimos específicos, la mayoría de los cuales son inaceptables para la mayor parte de la sociedad. Las prácticas sexuales y de uso de drogas implicadas en la transmisión del VIH no sólo son socialmente problemáticas sino que, además, a menudo son también ilegales. En consecuencia, el sida fue percibido por algunos como la justa recompensa por las transgresiones morales y legales, mientras que otros vieron el virus del VIH como un virus producto de ingeniería humana con propiedades eugenésicas que, convenientemente, retiraría de la sociedad a los miembros 'desviados'. Las percepciones conservadoras del VIH como castigo del pecado, una consecuencia natural de un acto *contra natura* o como un purificador social, fueron equilibradas con otras percepciones que consideraron al VIH un agente de reforma social en una sociedad esencialmente conservadora. Aunque muchos hubiesen esperado que el VIH / sida hubiera dado lugar a un resurgimiento de los valores conservadores en la sociedad australiana, con incluso mayor énfasis en la castidad, la heterosexualidad y la no utilización de drogas, de un modo algo sorprendente el VIH ha sido un catalizador de un cambio social de largo alcance que incluye la tolerancia hacia las minorías sexuales y hacia el uso de drogas.

Muchos de los progresos descritos en este capítulo no podrían haber ocurrido sin la influencia del libro blanco sobre la política del gobierno de Australia sobre el VIH / sida (Departamento de Sanidad y Servicios Comunitarios, 1989).

Esta estrategia fue desarrollada tras amplias consultas nacionales que incluyeron la formación de paneles de expertos sobre temas específicos. El papel que jugaron los grupos de usuarios en el conjunto de la estrategia fue claramente confirmado con la inclusión de uno de estos primeros grupos en el panel específicamente constituido para tratar el tema del uso de drogas intravenosas. En estos momentos, la estrategia resultante, tal y como fue ratificada por todos los estados y territorios gubernamentales, constituye la base de la política australiana en este tema.

Mientras que este documento reconoce que la estrategia más efectiva para prevenir la infección por VIH entre los usuarios de drogas es la que reduce el número de usuarios -que en realidad es el objetivo del gobierno a largo plazo en el abordaje del uso de drogas en la comunidad-, también contempla como imperativo el desarrollo de estrategias para minimizar los daños entre los UDVP ya existentes. Entre las medidas recomendadas se encuentran la puesta en marcha de centros de distribución y recogida de jeringas que fuesen efectivamente utilizados por los UDVP. Se recomendaron cambios de las leyes que pudiesen reducir la efectividad de los programas de intercambio de jeringas (PIJs). Entre estos cambios se encontraban la retirada de la posesión de jeringas de la lista de actos delictivos y sentencias

sin custodia para los usuarios de drogas. También se recomendó la transformación de los centros de tratamiento basados en modelos de abstinencia en centros con objetivos de reducción de daños. Estos cambios legales fueron propuestos para proteger la salud pública.

Previamente, era común la existencia de prácticas punitivas en los programas de tratamiento basados en la abstinencia que suponían premios o castigos para los pacientes. Varios de los modelos sobre la dependencia de las drogas proporcionaban elementos racionales para estas prácticas y sus aspectos éticos eran, en aquellos momentos, raramente tenidos en cuenta. Sin embargo, con la transformación de la percepción de los usuarios de drogas que se adoptó en la Estrategia Nacional sobre el VIH / sida con sus recomendaciones prácticas, se ha puesto en marcha una nueva era de la reducción de daños que ha incluido el examen de un amplio rango de modalidades de tratamiento.

Las iniciativas educativas recomendadas por la Estrategia Nacional sobre el VIH / sida implicaban el reconocimiento de una multitud de comunidades diversas, cada una con sus propios valores, comportamientos y estándares comunitarios. La Estrategia reconocía la existencia de valores merecedores de atención tanto en la comunidad gay como en la de UDVP. La Estrategia recomendó la disponibilidad de material para estas comunidades incluso si éste, presumiblemente, contravenía los estándares de la población general.

Las consecuencias de estas políticas gubernamentales sobre los UDVP y las comunidades se dejaron sentir rápidamente. En 1989, siete de las ocho jurisdicciones de Australia tenían programas de intercambio de jeringas. En 1990, por ejemplo, el estado de Nueva Escocia del Sur tenía 32 enclaves primarios de intercambio de jeringas y 80 enclaves secundarios más que, además de agujas y jeringas, proporcionaban otros servicios sanitarios. Estos 32 puntos de distribución intercambiaron y distribuyeron, sólo en agosto de 1990, 88.000 jeringas. Victoria ofrecía 102 programas que incluían puntos móviles, operativos a altas horas de la noche y en servicio durante los fines de semana (Comité Intergubernamental sobre el sida, 1992).

En Nueva Escocia del Sur se realizó una encuesta sobre las actitudes de la comunidad respecto a estos programas (Departamento de Sanidad de Nueva Escocia del Sur, 1990). El importante soporte de la comunidad a estos programas se demostró al observarse como un 90% de los participantes estaban de acuerdo con que este Estado debía continuar teniendo programas de intercambio de jeringas, el 94% creyendo que los PIJs tenían un papel muy importante en el control de la epidemia, el 78 % mostraron su acuerdo con que enseñar a los usuarios de drogas un consumo seguro era importante para frenar los riesgos para la salud y la sobredosis. Ante estos resultados se podía afirmar que las actuaciones realizadas por las autoridades australianas para prevenir la propagación del VIH consiguieron cambiar las actitudes de la comunidad hacia las políticas del gobierno sobre el uso de drogas y los UDVP. La prevención de la propagación del VIH entre los UDVP fue percibida por la mayoría de personas que respondieron a la encuesta como una justificación suficiente para tener actitudes más tolerantes hacia el consumo de drogas ilegales.

El cambio de filosofía de los programas de tratamiento de la drogodependencia de una orientación a la abstinencia al objetivo de la reducción de daños ha hecho viable la existencia de una amplia gama de enfoques como los programas de abstinencia a demanda del cliente, la baja intervención y los programas de metadona de baja exigencia. Incluso algunos programas de abstinencia con alta exigencia ahora incorporan elementos de reducción de daños aunque con un elemento de incómoda contradicción. Por ejemplo, algunos programas de metadona que cancelaban las dosis para llevar a casa cuando en los análisis de orina daban positivo a

opiáceos, realizaban un programa de intercambio de jeringas para los pacientes de su unidad. Aunque en muchas entidades el proceso de cambio ha sido a menudo lento y en ocasiones contradictorio, todos los programas de tratamiento de consumo de drogas y alcohol han tenido que modificar hasta cierto punto sus protocolos para ser consistentes con la necesidad de una mayor minimización de daños.

Anteriormente, las opiniones de los usuarios de drogas 'en tratamiento' eran de forma rutinaria ignoradas 'por su bien'. Incluso en las clínicas de metadona se asignaban planes básicos para el control de usuarios percibidos como peligrosos tanto para el equipo como para ellos mismos. Aunque persisten huellas de estas actitudes, los cambios que han ocurrido como resultado de la adopción de la reducción de daños han sido muy importantes.

En la Estrategia Nacional contra el VIH / sida el soporte a las organizaciones de usuarios de drogas y la presunción de que los UDVP eran educables fueron los puntos de divergencia más importantes de la imagen estereotipada de los usuarios que había emergido de la política nacional de prohibición total. La estrategia educativa de la política nacional enfatizaba la inclusión de los 'miembros de la población diana y las organizaciones de base comunitaria en el desarrollo y la aplicación de programas' (Estrategia Nacional contra el VIH / sida, Departamento de Sanidad y Servicios Comunitarios, 1989). La financiación de organizaciones estatales de usuarios y de un cuerpo nacional (La IV Liga Australiana) fue inevitable ante la poderosa recomendación de la Estrategia Nacional contra el VIH / sida.

Investigación

La llegada del VIH / sida requería una nueva agenda de investigación centrada en el comportamiento de los inyectores de drogas activos. Para esto era preciso que los investigadores colaboraran con la comunidad de UDVP en el desarrollo de un marco conceptual para la investigación y el acceso a la información requerida. Consultas considerables con los UDVP dieron como resultado la financiación de las primeras investigaciones para examinar las estructuras, los comportamientos y los estilos de vida de esta comunidad.

Como en muchos otros países anteriormente, la investigación en Australia se había realizado predominantemente sobre usuarios de drogas reclutados en los centros de tratamiento o de desintoxicación. Como consecuencia, los resultados a menudo estaban sesgados. El estudio nacional sobre el sida y la Inyección de drogas en Australia (ANAIDUS) se inició en 1988 con un estudio piloto para estudiar los comportamientos de riesgo de los UDVP relevantes para la infección por VIH (Estudio nacional sobre el sida y la inyección de drogas en Australia, 1991; Wodak et al., 1992). Los participantes reclutados eran UDVP que recibían tratamiento y otros que acudían a PIJs, muchos de los cuales nunca habían estado en tratamiento ni tenían la intención de empezar en el futuro. En este estudio se reclutó en 1989 a 2.482 UDVP de cinco ciudades y en 1990 a 700 de dos ciudades más para construir la primera base de datos nacional sobre las características demográficas de los usuarios, su conducta de inyección de drogas y su nivel de conocimiento sobre los riesgos de VIH / sida. Además del estudio ANAIDUS, en Melbourne se inició el estudio de cohortes de Inyectores de Droga de Victoria (VICS). A diferencia del estudio ANAIDUS, el estudio VICS incluía considerables consultas con los usuarios en el desarrollo de los protocolos de investigación y los cuestionarios. Los UDVP creían que este estudio tendría una gran relevancia para las necesidades de su comunidad. El proyecto contrató a UDVP para administrar los cuestionarios

y reclutar una red de sujetos de ámbito urbano y rural. La adopción de un proceso consultivo redujo la influencia de prejuicios tradicionales y percepciones estereotipadas acerca de los usuarios y dio como resultado el desarrollo de un cuestionario que gozaba de credibilidad entre participantes. A menudo los UDVP han atacado a investigaciones anteriores para poner de manifiesto que muchas preguntas que se habían utilizado eran frases usadas por los UDVP pero que se habían pervertido de forma que el resultado es que en los cuestionarios se realizaban preguntas estrafalarias que apenas tenían relación con su Mundo.

Además de estos estudios, ha habido muchos otros de menor magnitud y más concentrados en proyectos de investigación de diverso rango así como estudios etnográficos diseñados sobre una investigación previa mucho más cuantitativa. Un estudio llevado a cabo en la universidad de Macquarie examinó específicamente los conceptos de uso de drogas funcional y disfuncional, conceptos cada vez de mayor importancia para las prácticas de reducción de daños. (Sharp et al., 1991).

La investigación anterior australiana sobre el uso de drogas asumía que todo el uso de drogas era disfuncional. Se asumía que cuanto mayor fuera el consumo más probable sería la disfunción. Mediante el reclutamiento de usuarios funcionales, especialmente de aquellos que no estaban en tratamiento, el estudio de Macquarie invitaba a una reevaluación conceptual del uso de drogas, concluyendo que el cambio de un estado funcional a otro disfuncional ocurría principalmente debido a cambios en los patrones de creencias y conductas sociales de los usuarios de drogas. El uso de drogas se representaba como un complejo de actitudes personales y sociales más que como una mera dependencia de las drogas que resultaba en una serie de consecuencias que iban desde interacciones sociales predecibles a respuestas fisiológicas. Una extensión lógica de este estudio fue la conclusión de que la mayor parte del daño causado por el uso de drogas ilegales resultaba del marco social y legal que del uso en sí mismo.

Como resultado de estos estudios, cambiaron las percepciones sobre el uso de drogas desde un contexto individual hasta campañas educativas generalizadas. Los programas educativos, como la campaña “tribus” en Sydney, empezaron a usar el concepto de usuarios de drogas ‘funcionales’ o usuarios de drogas con éxito, para contactar así con muchos de ellos que no se hubiesen sentido identificados con el estereotipado usuario de drogas de la investigación previa (Keys Young, 1991). En este proyecto se contactó con usuarios jóvenes, económicamente exitosos, con pocas probabilidades de entrar en programas de tratamiento o de identificarse a sí mismos como usuarios.

Esta campaña se basaba en la opinión de que la comunidad de UDVP está formada por cierto número de subgrupos llamados “tribus”, y en cada uno de ellos existen conductas aprobadas y rechazadas, héroes culturales e imágenes sociales. Se contrataron miembros de estas tribus para diseñar y ejecutar campañas de información sobre el VIH / sida dirigidas a su respectiva tribu. Esta estrategia permitió la propagación de los mensajes de consumo de menor riesgo y sexo más seguro a individuos que, de otra manera, no hubiesen recibido esta información. Esta campaña fue evaluada y considerada como exitosa en cuanto a sus propósitos originales. Posteriormente se transfirió la responsabilidad de futuras campañas en las ‘tribus’ a la asociación de usuarios y el sida de Sur de Nueva Escocia (NUAA), la asociación de usuarios más importante de este Estado.

La investigación en el área de los usuarios de drogas en Australia continua su avance como evidencia la comparación con los proyectos de EE.UU. sobre el VIH / sida. La diferencia más importante y de mayor peso está en la conceptualización del uso de drogas y de los

usuarios de drogas. La investigación de los EE.UU. se lleva a cabo dentro de las fronteras erigidas por una política federal de 'tolerancia-cero al uso de drogas'. Se niega la financiación a proyectos que examinen aspectos fuera de estas fronteras. Desde la perspectiva australiana, la mayor parte de la investigación de los EE.UU. sobre el uso de drogas, la transmisión del VIH / sida y las prácticas de consumo son lecciones de los daños que ocasionan la estrecha asociación entre el gobierno y los investigadores científicos.

GRUPOS DE USUARIOS AFINES

La comunidad de usuarios

¿Existe una comunidad de usuarios? Esta pregunta ha sido debatida por muchos académicos y proveedores de servicios. Sin embargo, la prohibición de las drogas debe considerarse como algo que inevitablemente da lugar a la creación de una comunidad de individuos que usan drogas, al igual que la comunidad gay que fue creada por la discriminación legislativa. Los usuarios son definidos, de hecho, por la legislación que especifica que el uso de drogas ilegales está sujeto a sanción. Aunque cautivos como resultado de estas leyes, forzados a formar redes económicas que faciliten el suministro continuo de sus drogas y a pesar de la historia y la cultura que se ha extendido en medio siglo, la comunidad de usuarios sólo recientemente ha sido reconocida oficialmente.

El desarrollo de la financiación de grupos de usuarios y afines ha creado, por primera vez en esta comunidad, estructuras formales con comités de gestión designados y usuarios delegados en organizaciones nacionales de usuarios y de no-usuarios. Los representantes de los usuarios también proporcionan información de sus experiencias a los servicios y estrategias educativas que involucran a la comunidad. Ya no es extraño ver a delegados de los usuarios cooperando con los representantes de la policía y los médicos en muchos comités consultivos estatales de los Estados del este y sur de Australia.

Como he argumentado en el párrafo anterior, la necesidad de que los UDVP modifiquen su conducta para evitar la transmisión del VIH es la base de las consecuencias sociales de la política nacional de Australia. No está claro si este tardío reconocimiento de los usuarios sea resultado de la preocupación por que la comunidad de usuarios puede llegar a ser la puerta de entrada principal del VIH a la población general. Sin embargo, tal y como la Política Nacional contra el VIH subraya, lo que está claro es que la necesidad de que los UDVP alteren ciertas conductas de inyección ha impuesto también un cambio de conducta de los no-usuarios con respecto a la comunidad de usuarios.

La educación sobre el VIH y el uso inyectado de drogas también debe proporcionarse a aquellos que están en contacto directo con los inyectores de drogas tales como funcionarios de justicia y trabajadores de las áreas de drogas y alcohol, para superar las barreras actitudinales a la aplicación de estrategias de prevención y facilitarles de forma eficaz el trabajo en las campañas sobre la infección por VIH y el uso inyectado de drogas.

Departamento de Sanidad y Servicios Comunitarios, 1989.

La necesidad de involucrar a todos los miembros de esta comunidad, facilitando el cambio de sus conductas y estableciendo servicios para realizar actividades en conjunción con

los UDVP, ha supuesto que los que no eran UDVP pero trabajaban con ellos hayan hecho también cambios de actitudes.

Política del gobierno y participación de grupos de iguales

La experiencia australiana acerca de los grupos de usuarios ha sido un componente importante de la respuesta al VIH / sida que ha empezado a ser reconocida internacionalmente como eficaz. La formación, la financiación y la asignación de roles oficiales a estos grupos por la Estrategia Nacional de lucha contra el VIH / sida también han supuesto cambios substanciales en la representación y la reputación de los usuarios de drogas tanto en un sentido burocrático como social. Los grupos afines de usuarios han sido uno de los elementos más efectivos en la educación de varias comunidades de UDVP australianas.

Reconociendo el hecho de la potencialmente rápida propagación del VIH entre la comunidad UDVP, la Estrategia Nacional subraya que 'los objetivos de salud pública se alcanzarán de forma más efectiva si se mantiene la cooperación de las personas con infección por VIH y de aquellas en riesgo de contraerla' (Estrategia Nacional contra el VIH / sida, Departamento de Sanidad y Servicios Comunitarios, 1989).

La Estrategia Nacional contra el VIH / sida acepta la abstinencia como opción y la denomina como la finalidad *primaria* a largo plazo. Sin embargo, la abstinencia se presenta como una de las opciones disponibles. La Estrategia recomienda que la promoción de la abstinencia se complemente con la promoción de otros objetivos, incluyendo la reducción de daños que puede darse antes de conseguir la abstinencia. El reconocimiento de la realidad del uso de drogas y del fallo de las políticas y prácticas anteriores para conseguir la abstinencia ha tenido amplios efectos. Es necesaria la educación de las personas que trabajan en contacto directo con los usuarios, como los funcionarios de justicia y trabajadores en las áreas de drogas y alcohol, para superar las barreras 'actitudinales' a la aplicación de las nuevas estrategias preventivas.

Evaluación de la respuesta de los grupos de iguales

El hecho de que la prevalencia del VIH entre los UDVP australianos permanezca baja demuestra la efectividad de estas políticas. En el periodo entre 1982-1990, sólo el 1,7% de los casos de sida diagnosticados eran atribuibles al uso inyectado de drogas, con un 1,6% adicional atribuible a la combinación de las categorías de uso inyectado de drogas y homo / bisexualidad. Como máximo, los UDVP constituyen el 3,3 % del total de casos de sida en Australia en 1990 (Comité Intergubernamental sobre el sida, 1992). Actualmente, se estima que, en Australia, aproximadamente el 2% de los UDVP están infectados por el VIH (Comité Intergubernamental sobre el sida, 1992).

Si en alguna medida este éxito está relacionado o no con los grupos de iguales puede analizarse en base a la comparación de los programas de intercambio de jeringas. Los PIJs del Sur de Australia llevados sólo por grupos afines han tenido mucho más éxito que otros programas en el contacto con nuevos clientes. También se puede sacar información si se realizan comparaciones dentro de un mismo programa. Un programa de intercambio de jeringas de Victoria, tras alegaciones de financiación inapropiada, pasó de ser un programa controlado por un grupo de iguales a ser un programa controlado por un grupo de no iguales. En el año anterior el número de clientes del programa aumentó regularmente de 185 (Enero

1990), 210 (Marzo), 300 (Mayo) y 357 (Julio) hasta alcanzar 503 en Agosto (Datos del Programa de Intercambio VIVAIDS).

Siempre se había temido la apropiación del dinero del gobierno por un grupo financiado de usuarios y la respuesta fue rápida. La responsabilidad de esta apropiación indebida todavía no está clara. Desgraciadamente, a pesar de haber estado actuando con mucho éxito en temas de educación y de defensa de sus derechos, la organización de usuarios se desunió. Después de haber transferido el PIJ a un centro de salud de la comunidad cercana, el crecimiento de los servicios paró. Al inicio el número de clientes permaneció estable con una media de 262 al mes en 1991 y 261 al mes al principio de 1992. Sin embargo, con el establecimiento de un servicio basado en un grupo no afín y la retirada de usuarios como trabajadores, el número de clientes que mensualmente acudían al programa bajó un 30% entre Julio y Octubre de 1992.

En las áreas urbanas, la tradicional concentración de los grupos de usuarios en servicios centrados en los clientes y la provisión de servicios de crisis está cambiando. Una de las organizaciones de usuarios (NUAA) intenta sustituir su centro de interés inicial en el trabajo de intervención en situaciones de crisis por un mayor énfasis en la defensa efectiva y la educación a nivel burocrático estatal, con la esperanza de tener con esta estrategia un mayor impacto en la vida de un mayor número de usuarios. Mediante la educación de los proveedores de servicios ('Formación de formadores'), la NUAA ha querido cambiar la relación entre los proveedores de servicios y los usuarios de drogas. Este cambio, estrechamente observado por otros grupos, supone no sólo un paso en la consolidación de los beneficios alcanzados en la última década, sino que también indica una vía más efectiva de proporcionar servicios a estos grupos.

Conclusión

Está claro que en Australia, las organizaciones de usuarios ha sido un componente integrante de la contención del VIH entre los UDVP. El reciente bajo número de casos de transmisión del VIH atribuible a los UDVP es, como mínimo, en parte debido a la continuidad de los programas de prevención y educación.

La Estrategia Nacional contra el VIH / sida estableció la base de la respuesta australiana a dicho problema en esta comunidad. El cambio de conducta que se requería que realizasen requería también de cambios en las actitudes y las conductas de aquellos que se relacionaban con ellos a través del desarrollo de políticas, la provisión de servicios y la investigación. Los cambios en las relaciones sociales entre estos grupos especializados y los UDVP se han difundido a la sociedad australiana. Esto se puede ver en la mayoría de campañas públicas sobre el VIH / sida y también ha sido comunicado individualmente a través de contactos personales y ha alterado los perfiles de las organizaciones.

Lejos de reforzar un conjunto conservador de valores morales y sociales, como se esperaba al inicio de la epidemia, la respuesta de Australia al VIH / sida en la política y en la práctica ha consolidado cambios sociales progresistas y, en algunos casos, revolucionarios. Es importante poner de manifiesto que estos cambios no han dividido o dañado el tejido social nacional. Se necesitan más cambios en las prácticas médicas, legales y sociales que aún están enraizadas en la desacreditada y anacrónica política de prohibición. La efectividad de la política australiana de reducción de daños puede demostrarse examinando la epidemia de la infección por VIH. Es difícil dudar de su éxito. Ahora está en manos de los que toman decisiones políticas en el ámbito estatal y de la Commonwealth australiana el extender más está

estrategia, contando con la opinión de la comunidad, para reducir los daños sociales y físicos causados directamente por la prohibición.

Lista de anglicismos

Literatura *Underground*: se refiere a literatura no convencional en el sentido de que utiliza los canales de publicación científica ortodoxos.

Junkiebonden:

Coffeeshops:

Counselling:

Screening

Lista de acrónimos

VIH = virus de inmunodeficiencia humana

UDVP = Usuario de drogas por vía parenteral

Outreach = estrategias de acercamiento

CRAVING =