

margen N° 10 – diciembre 1996

Debate entre paradigmas

## Notas sobre experiencias europeas en la intervención de problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas

Por Alberto L. Bialacowsky

**Alberto L. Bialacowsky.** Sociólogo. Subdirector de la carrera interdisciplinaria de Postgrado en la problemática del uso indebido de drogas, UBA. Investigador del Instituto Gino Germani, UBA.

### Aspectos generales

Mirar el panorama europeo (específicamente: Madrid, Barcelona, San Sebastián, París y Ginebra) en materia de intervención sobre las drogodependencias requiere, en nuestro concepto, situarlo dentro de un contexto de grandes cambios.

Toda visión no puede si no estar influenciada tanto por las "cadenas complementarias" del observador (al decir de Valentín Barembli) como por las oportunidades de la observación. Además estas notas sólo pueden recuperar las percepciones del impacto inmediato; en nuestra experiencia los modelos pueden explicarse más profundamente en un lapso mayor, a fin de recuperar lo trascendente y redondear las aristas más agudas.

En este contexto distinguimos cinco aspectos que determinan en buena medida el escenario:

1. cambios en los paradigmas científicos que dan apoyo a las intervenciones profesionales y en buena medida a las intervenciones políticas,
2. el debate sobre los derechos civiles, del ciudadano y del consumidor,
3. la emergencia de la sociedad civil y la acción de las organizaciones no gubernamentales y sus conexiones con el Estado,
4. la expansión del SIDA y su categorización como patología asociada a determinadas formas socioculturales de consumo de drogas,
5. la profundización, el debate y la complementación entre paradigmas de intervención: programas libres de drogas (abstencionistas) y políticas de reducción del daño o del riesgo (harm reduction).

Si bien para los expertos latinoamericanos dicho debate ha sido anticipado, la consolidación del nuevo paradigma sobre disminución del daño resulta llamativa, su avance presenta evidencias no sólo en sus indicadores: distribución de jeringas, preservativos, agua destilada, sostenimiento de espacios de acogida diurnos y nocturnos, provisión controlada de drogas en programas de metadona e incluso, en determinadas ciudades, de heroína, sino en su inclusión explícita del enfoque en la planificación nacional. Ello remite a cuestiones no sólo éticas del observador sino también a nuevas propuestas epistemológicas.

Desde este punto de vista el profesional se enfrenta a sus soportes más profundos, tales como variar de una operatoria tradicional de "combatir patologías" a promover cambios en la calidad de vi-

da por dispositivos que se autodefinen como pragmáticos. Este pragmatismo divide y confronta todas las perspectivas que otrora se incluían en la guerra a las drogas y una suerte de confesión del fracaso frente a la reducción de la demanda y la expansión del SIDA asociado al consumo especialmente por vía parenteral.

En consulta con los expertos, entre ellos Lía Cavalcanti, entre los obstáculos que se encuentran para el desarrollo de la consolidación del nuevo paradigma se venifican:

- resistencias profesionales que se sostienen en prácticas tradicionales,
- introyecciones propias de los actores marginalizados,
- tendencia a la reducción del Estado y del gasto social,
- imaginarios sociales que refuerzan la marginalidad y agravan la separación de los sectores en riesgo.

De esta recorrida pudimos extraer herramientas, quizás no totalmente extrapolables como los nuevos enfoques, pero de indudable aprovechamiento científico-profesional, entre tales pueden señalarse: las micro-redes institucionales; la expansión de los roles o nuevos roles para el personal de enfermería, policial y los educadores sociales; los planes nacionales, regionales y/o cantonales; la coordinación de equipos multiprofesionales y multisectoriales; la inserción comunitaria; los operadores en sectores marginales; los dispositivos móviles (buses); las unidades de desintoxicación y la investigación epidemiológica, toxicológica y etnográfica.

En toda la historia latinoamericana encontramos reflejos, técnicamente "efectos de demostración", de los procesos europeos en los aspectos sociales, económicos e ideológicos; en el tema tratado la experiencia histórica con el alcohol resulta significativa. Cabe interrogarse científicamente si frente a estos fenómenos Latinoamérica no presentara formas especulares, ya sea en la necesidad social, ya sea en las formas de intervención, y de ser así, nos preguntamos cómo serán estos efectos y homológicamente cómo será la captación del mundo profesional frente a estos fenómenos y su posicionamiento frente a este nuevo enfoque de tratamiento y prevención que representa la corriente de la reducción del daño.

## **Contexto y desarrollo del nuevo enfoque**

Hemos señalado más arriba cinco aspectos que determinan en buena medida el escenario, nos detendremos sucintamente sobre ellos.

### **1. Cambios en los paradigmas**

Estimamos que hay una correlación entre intervenciones profesionales y el desarrollo de nuevos modelos científicos, a finales de los 80 y principios de los 90 se produce una verdadera "inflexión crítica", en el campo de las drogodependencias no deja de estar impactado en sus tres soportes: el científico, el epidemiológico y el clínico.

El relato ilustrativo de esta transformación podemos extraerlo del resumen que nos brinda Gabriel Roldan Intxusta acerca de la Comunidad Terapéutica, dispositivo que consideramos paradigmático en los tratamientos de deshabituación.

"La Comunidad Terapéutica que se propone en los años 40, surge en el ámbito institucional (hospital psiquiátrico), como intento de reforma de la tradicional atención a los enfermos psiquiátricos y su institucionalización. En los años 40, con el auge de la antipsiquiatría y la emergencia del consumo de drogas ilegales, se desanolla un proceso de Comunidad Terapéutica anti-institucional separado del hospital y con un

fuerte componente donde los propios pacientes, ex-adictos y voluntarios, liderados por personas con fuerte carisma, van a dar un protagonismo a las Comunidades Terapéuticas como alternativas al saber oficial médico-terapéutico, cuestionando las instituciones de cuidados y de salud.

Es a partir de los 70 cuando va dándose una convergencia entre la C.T. y los sistemas de salud a raíz de las reformas psiquiátricas puestas en marcha, que permitirán un proceso de institucionalización de las Comunidades Terapéuticas. Este proceso - que se da en todos los países desarrollados- tendrá su influencia en España varios años después a partir de 1985." -1-

Los datos presentados al Parlamento Europeo sobre el fenómeno dan cuenta, según distintas fuentes, que el número de "toxicómanos" podría oscilar entre 770.000 y 1.045.000 (1990-1991) ó 693.000 y 823.500 (1989-1993), registros que incluyen a Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal y Reino Unido, en cualquier caso el registro epidemiológico da cuenta de un fenómeno de dimensiones, y por lo tanto, una percepción significativa. Se estima además que las "incautaciones de droga" en 1992 (Fuente: ICPO-Interpol) representaban en Europa aproximadamente el 50 % de la Heroína y de la Cannabis y casi un tercio de la Cocaína respecto al total mundial. Asimismo el presupuesto "para la lucha contra la droga 1987-1993 alcanzaba el monto de 86.791.000 de Ecus". -2-

En cuanto a los tratamientos para consumidores de drogas a mediados de los 80 comienza a producirse un cambio con la emergencia de un nuevo enfoque que pasa por tres ejes conceptuales: el pragmatismo -3-, la pluralidad de métodos y la comprensión de las patologías asociadas como un fenómeno epidémico. Los fundamentos de la clínica abandonarán objetivos de cura definitiva para asumir objetivos graduales o intermedios, al mismo tiempo que abarcarán un menú que incluye tanto programas libres de drogas como programas sustitutivos e incluso de mantenimiento controlado de consumo.

## **2. El debate sobre los derechos civiles**

En esta línea dos conceptos básicos que en buena medida se encuentran entrelazados, por un lado los derechos de los usuarios como ciudadanos -4- y como consumidores -5- y por el otro el riesgo de la marginalidad social -6-.

Estas reflexiones se basan tanto en argumentaciones éticas como prácticas. Pues se ha observado que la estigmatización, "desafiliación social" y marginalización, más allá de la penalización acompañan a las prácticas terapéuticas y agravan las condiciones sociales y sanitarias de las poblaciones consumidoras. Las estrategias de intervención en consecuencia acentúan la inserción comunitaria y la integración social.

## **3. La acción de las ONGs**

Una nota característica de los 80 que parece consolidarse en los 90 es la reducción de la intervención directa del Estado e incluso la reducción del gasto en las políticas sociales y de salud. Ello se vió acompañado de un crecimiento de las organizaciones no gubernamentales, en consecuencia han comenzado a surgir intentos de promoción para favorecer la coordinación desde el propio Estado a fin de favorecer la continuidad de estas iniciativas -7-.

Se establece así una conexión entre políticas en drogodependencia y la promoción de las organizaciones civiles.

#### 4. La expansión del SIDA asociado al consumo de drogas ilegales

Este constituye en nuestra opinión el punto de inflexión, tanto discursiva como material. La expansión de la epidemia del SIDA en los 80 hizo colocar la atención sobre los factores de riesgo y las dimensiones culturales que influían en su difusión entre dichos factores. Se detectaron entre otros como factores condicionantes determinados hábitos de consumo de drogas como los efectuados por vía endovenosa con equipamiento compartido, los intercambios sexuales (prostitución entre ellos) vinculados a la adquisición de sustancias psico-activas, la marginalidad y la desintegración social.

En España

"la elevada prevalencia de seropositividad en los consumidores de drogas intravenosas se debe a que el compartir jeringuillas era una práctica común... Esto, junto a la desaparición progresiva de la iniciación en el uso apropiado de las mismas y el enorme aumento del número de heroinómanos, contribuyó a un rápido incremento del hábito de compartir jeringuillas... Y no hablemos de las cárceles, donde las jeringuillas, escasas y caras, adquieren un valor de intercambio gracias al cual una persona que tenía una la prestaba y podía así obtener un poco de heroína." -8-

"A finales de septiembre de 1991, entre 31 países europeos, España era con diferencia el país con mayor incidencia acumulada de sida en CDVP (consumidores de drogas, por vía parenteral), seguido de Italia y Suiza. Los países nórdicos, en cambio, presentaban tasas muy bajas." -9-

Dichas tasas representaban para España el 166,5 por millón de habitantes, le seguía Italia con 120,7, Suiza con 111, más lejos Francia con 60,6 y mucho más distantes Alemania y los Países Bajos con 10,9 y 10 respectivamente. -10-

#### 5. Datos de una nueva política: "la reducción del daño" -11-

A mediados de los 80 junto con los cambios contextuales antedichos y la expansión del Sida comienzan a gestarse nuevas propuestas, algunas tempranas en el Reino Unido, los Países Bajos, más tarde Suiza, España y parcialmente Francia. Las políticas de reducción del daño se asimilan no sin grandes tensiones y resistencias aún en los 90.

Para ejemplificar los resultados citaremos dos casos:

Los resultados recogidos en el caso Ginebra revelan que mientras que 1986 la tasa de seroprevalencia HIV en usuarios de drogas se estimaba en un 40%, con políticas graduales de reducción del riesgo, disminuía en 1993 a un 10%. -12-

En España "el patrón del consumo está cambiando a prácticas de menor riesgo. La precaución ante el sida ha supuesto un cambio: sube la práctica de fumar-inhalar o esnifar y se reduce la de inyectarse" -13-.

"A su vez hay evidencias que sugieren la estabilización o el descenso de la prevalencia de uso problemático de opiáceos:

- por primera vez desde 1987, en 1993 se ha estabilizado el número de tratados por abuso/dependencia de opiáceos,
- la tasa de mortalidad por RAD (Reacción Aguda a Drogas) en el conjunto de 6 ciudades (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao) descendió de 8.2/100.000 habitantes en 1991 a 6.3 (datos provisionales) en 1993,

- a partir de 1991 ha descendido el número de urgencias relacionadas con los opiáceos en comunilades donde la cobertura del indicador es estable (Madrid y Asturias) y
- continúa aumentando la edad media de los consumidores y la edad de primer uso" - 14- -15-

Annie Mino al concluir uno de sus estudios científicos afirmaba que los datos registrados a partir de la aplicación de las políticas terapéuticas de reducción de riesgos, referidas especialmente a experiencias inglesas y holandesas, permiten:

- mejor retención en la red sanitaria,
- mejora la salud psico-física,
- los mensajes preventivos son mejor asimilados,
- la delincuencia relacionada con la compra de droga disminuye.

Sin embargo, afirma que dicha política no es aplicable sin las adaptaciones a la idiosincracia de cada país, al mismo tiempo que el modelo permite desarrollar estrategias dentro de un contexto delimitado, experimental y evaluable. -16-

### **Acerca de los dispositivos innovadores**

En las líneas que siguen enumeraremos sintéticamente los dispositivos que a nuestro juicio brindan nuevas herramientas acordes con los enfoques y desafíos actuales.

#### **1. Planificación**

La observación y el análisis en planificación ha tenido su centro en el Plan Nacional sobre Drogas de España, los caracteres más destacables pueden referirse a:

- capacidad de planificar a través de un interjuego entre la delegación del gobierno central y las diferentes administraciones autonómicas,
- alcanzar un alto nivel técnico y un Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías como base de mediciones epidemiológicas,
- inclusión de dimensiones culturales y etnográficas,
- promoción de la coordinación de Organizaciones no gubernamentales y aporte de recursos para el fortalecimiento de las mismas,
- concertación con las planificaciones regionales.

La Planificación Regional incluye dichas dimensiones el señalamiento en este caso tiene que ver con que la planificación regional o cantonal, no constituyen replicaciones de las políticas centrales sino que instituyen políticas propias en discusión, concertación o diferencia con la administración central o las de sus homólogas regionales (Organ Tecnic de Drogodependencies, Catalunya; Politics del País Vasco en Drogodependencias, Políticas sociales y de salud mental del Cantón de Ginebra).

#### **2. Desintoxicación, deshabituación, mantenimiento controlado**

En materia de tratamiento una característica destacable del nuevo modelo es la "movili-

dad" en sus diversos significados: unidades móviles (buses para intercambio de jeringas), oferta de centros de desintoxicación (Hospital General de Bellvitge) como estaciones intermedias en un proceso que puede reiterar etapas o transitar hacia otras (unidades periféricas, centros de salud), apertura de nuevos espacios hospitalarios ("Espace Murger", Hospital F. Vidal), reformulación de la comunidad terapéutica (Agipad), organizaciones no gubernamentales promovidas por el Estado para el tratamiento con drogas sustitutivas ("Fondation Phenix"), centros para "estar" (Servicio de Atención y Prevención Socio-sanitaria, Cruz Roja), continuidad de tratamientos en instituciones penitenciarias.

La movilidad se verifica en varias direcciones:

- no se posee un solo objetivo (la abstinencia), éste puede ser gradual y múltiple (p.e. la calidad de vida),
- pueden subsistir programas libres de drogas y programas con provisión controlada,
- se invierte la relación del paciente que se dirige al centro de salud, la unidad puede dirigirse hacia el usuario,
- cada consultante podría disponer de un menú acorde con su singularidad.

### **3. Micro-redes, redes e inserción comunitaria**

De estas dos herramientas distinguimos tres experiencias, cada una en su individualidad pero que en común destacan la virtud del lazo, del vínculo que irrumpe en las fragmentaciones habituales de las instituciones. Un primer instrumento es distinguible con el enlace de centros de día, centros de estar ("La Boutique") e internación o bien albergue ("Sleep in"), centro de salud y servicio social (Asociación Charonne, Asociación SOS).

En esta línea pero términos más amplios que los ensayos citados puede señalarse la experiencia del Ayuntamiento de Rubí (Barcelona), dos caracteres son distinguibles en este proceso: la interinstitucionalidad (Centro de Atención y Seguimiento de las Drogodependencias - Red de Atención de Cataluña) y la interdisciplinariedad (preventiva-comunitaria-asistencial-rehabilitadora), entre cuyos soportes se verifican la coordinación y la supervisión.

La inserción comunitaria puede modelizarse a través de la experiencia del "Servicio de Atención en primera línea" (Asociación EGO, La Goutte d'Or), cuya clave es la inserción comunitaria y la construcción de redes entre profesionales, vecinos y consumidores para producir encuentros que naturalizan las intervenciones (socio-sanitarias), promueven proyectos, y por sobre todo materializan el lazo como instrumento de autotransformación de la marginalidad.

### **4. Los nuevos roles**

Un párrafo merece la construcción de nuevos roles profesionales, tanto en sentido especializado como de constitución de colectivos de trabajo. Los nuevos dispositivos requieren nuevas ocupaciones o expansión de los roles tradicionales, entre ellos destacamos: el farmacéutico, el educador social, el trabajador de la calle, el enfermero y el policía.

Tradicionalmente estos profesionales han ejercido sus roles de forma rígida, desde nuevas perspectivas se recuperan aspectos centrales y se expanden las funciones así: el farmacéutico se reconvierte en un promotor de salud juega un rol activo en la red asistencial y preventiva, el enfermero conforma y coordina equipos (Plan de Salud Cantonal de Ginebra), el psicólogo trabaja a puertas abiertas y el gendarme se inserta en programas de promoción social.

En este proceso de reconversión profesional no sólo se altera el trabajo individual sino que



surge la necesidad del trabajo en equipo, lo cual demanda a su vez reentrenamiento en una labor crecientemente compleja e interdisciplinaria.

### **La formación técnico-profesional**

En la línea de lo señalado en el punto anterior se requiere una nueva formación; ésta posee tres canales destacables: la formación a nivel de postgrado (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción - Red de Maestrías en Europa), documentación para la formación profesional (Colección actuar es posible, Plan Nacional sobre Drogas de España), pasantías especializadas (Centre Médical Marmottan) y el diseño de estrategias de formación-acción-participativa (Association Espoir Goutte D'or).

Cada uno de estos diseños requeriría una atención específica, sin embargo lo destacable resulta poner en un plano de relevancia la formación continua y la formación como integración en los programas de atención de problemáticas complejas multidimensionales.

Finalmente como se deduce por este sintético recorrido las políticas y las acciones referidas a la reducción del daño no se perfilan, ni homogénea ni linealmente, constituyen el comienzo de una posición alternativa a las políticas tradicionales, de ahí que concluyamos, que en este punto histórico de inflexión, nunca resultará tan válido como en el presente establecer un diálogo crítico; ético y científico entre las diferentes posturas que condicionan la acción de las intervenciones en el campo de las drogodependencias y las problemáticas asociadas.

### **Notas**

-1- Roldan Intxusta, Gabriel (Comunidad Terapéutica Haize-Gain - AGIPAD, San Sebastián), "Institucionalización en drogodependencias: las comunidades terapéuticas", en Intervención Psicosocial, Vol. I

-2- Datos extraídos de: Comisión de las Comunidades Europeas, Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre un Plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (1995-1999)", Bruselas, 23.06.1994, págs. 58-65

-3- Cfr. Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie. Le système grancais de prévention et de soins en toxicomanie. Dossier Anit 1993.

-4- Véase al respecto Cavalcanti, Lía, "L'Intervention communautaire dans le champ des problèmes liés aux drogues: du difficile art de concilier le conflictuel", mimeo, París, diciembre de 1994. Neira, Ramón, Goutte d'Or, mimeo, París, 1994.

-5- Estos debates alcanzan en oportunidades difusión pública. "Prevention. L'Usine stimule la réflexion des fumeurs de cannabis. L'Usine et l'Equipe de prévention et d'intervention communautaire proponento, du 28 Février 1995, pág. 3

-6- Cfr. Romai, Alfonso, Oriol, "Marginación y drogodependencia, reflexiones en torno a un caso de investigación - intervención", en Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales. Edic. Endymion. España, 1992

-7- Véase al respecto: Coordinadora de Ong's que intervienen en drogodependencias, Evolución y Desarrollo 1986-1993, Madrid, 1993

-8- Roldán, G. (Agipad, San Sebastián), "Influencia del sida en los modelos de consumo de drogas", en Jano, vol. XLVI, nro 1072, España, marzo 1994. -

9- Barrio, G.; de la Fuente, L; Cami, J, "El consumo de drogas en España y su posición en el con-

texto europeo", en Medicina Clínica, vol 101, nro 9, España 1993

-10- Ibídem, pág. 347

-11- El Plan Nacional sobre Drogas de España al referirse a su política sobre Programas de prevención secundaria, resulta ilustrativo de los contenidos de este enfoque: "El PNSD desarrolla intervenciones destinadas a la reducción del daño. Estas intervenciones, que implican la colaboración de las Administraciones con las Organizaciones Sociales, están dirigidas a poblaciones de alto riesgo.

En este sentido destacan los programas de distribución de "kits" sanitarios (material estéril de inyección, preservativos, informaciones) y las actuaciones destinadas al diagnóstico y seguimiento de la seropositividad al VIH y al diagnóstico y tratamiento o a la profilaxis de la hepatitis, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual y otras patologías infecciosas.

También destacan una serie de programas especiales dirigidos a colectivos de muy especial riesgo: prostitutas, niños sin hogar, drogodependientes muy marginalizados, etc". octubre de 1994, pág 3.

-12- Mino, Annie. "Drug Policy in Geneva", The International Journal of Drug Policy, vol 5, Nro 4, Suiza, 1994

-13- Roldán, G. Op. Cit. 1994, Pág 90.

-14- Barrio, G; de la Fuente, L; Fuentes de Información sobre uso de drogas ilegales disponibles en España. Tendencias recientes del consumo y los problemas asociados, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, XII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología, Alicante, octubre 1994, págs 149-150

-15- Véase al respecto una explicitación sobre "La prevención del consumo y la reducción del daño" en el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, octubre 1994, págs. 2 y subs.

-16- Cfr. Mino, Annie. Análisis de la literatura sobre la prescripción controlada de heroína o de morfina. Informe solicitado por L'Office Fédéral de la Santé Publique, Suisse, 1994, véase especialmente conclusiones, págs 170-171