



11 POSICIONES
DE LA RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE
DE PERSONAS QUE USAN DROGAS



AUTORES

Ernesto Cortés
Anthony Richard Henman
Hernán Delgado
Florencia Lemos
Jennifer Foster
Andrés Soto
Aura Roig
Marcelo Leal
Oscar Mauricio Montenegro
Lidiana Velia Formica
Matías Lanfranco
Verónica Russo
Aram Barra
Maria Mercedes Moreno

REVISIÓN DE CONTENIDOS

Todos los papeles de posición contenidos en esta publicación fueron examinados por un comité de revisores pares, incluyendo personas que usan drogas y otros miembros de la comunidad con el objetivo de asegurar una visión de acuerdo con los objetivos de la LANPUD. Publicado en noviembre de 2015. Primera edición.

DISEÑO EDITORIAL

Enrico Gianfranchi



Red Latinoamericana y del Caribe
de personas que usan drogas



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

La presente publicación ha sido elaborada por miembros de la Red Latinoamericana y del Caribe de Usuarios de Drogas (LANPUD) con el apoyo de Open Society Foundations. Los puntos de vista expresados en este documento corresponden a los autores y no necesariamente a las Fundaciones Open Society ni a otros auspiciadores de LANPUD.

A todas las personas que usan drogas en América Latina y el Caribe.
Que esta publicación contribuya a romper el tabú.

PRÓLOGO

Este es un compendio de 11 documentos orientadores que definen las posiciones de la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que Usan Drogas (LANPUD).

LANPUD es una Red de personas que usan sustancias psicoactivas y activistas que sirve como soporte y punto de referencia regional que refuerza, gestiona y lidera cambios de políticas públicas, leyes y paradigmas culturales para promover los derechos e intereses de las personas que usan sustancias psicoactivas y brinda servicios para comunidades vulnerables en América Latina y el Caribe.

Los 11 documentos que se incluyen en esta publicación fueron escritos por miembros de LANPUD y pretenden servir una doble función. Por un lado, orientan la posición que la Red tiene en su conjunto con respecto a los temas identificados como estratégicos y relevantes. Por el otro, pretenden informar a la población en general sobre la visión que los usuarios de drogas comparten en América Latina.

Tanto “usuarios” como “drogas” son categorías de difícil definición en el contexto actual. Los “consumidores” o “usuarios” van desde curanderos altamente respetados por sus pares hasta la población urbana más marginalizada, pasando por todos los sectores y estamentos de la sociedad. Incluso la definición legal de lo “ilícito” difiere de algunos de nuestros países a lo estipulado en las normas internacionales.

Por su parte, las sustancias consideradas psicoactivas o psicotrópicas en la literatura científica incluyen plantas y fármacos que son encaradas de manera muy distinta por la población: unas como “remedios”, otras como meras “costumbres”, y algunas como “drogas” en el sentido peyorativo del término.

Esperamos que estos 11 papeles de posición contribuyan al mejor entendimiento de las sustancias psicoactivas y las personas que las usan. Creemos que, al regresar a las personas al centro del debate, las y los latinoamericanos y caribeños podremos construir una región más en paz y armonía, con políticas de drogas que respeten nuestros derechos humanos y nos ayuden a proteger la salud pública.

LANPUD

- 7 1.  **Ernesto Cortés**
Comprando Miedo: Personas usuarias de crack en Costa Rica
- 19 2.  **Anthony Richard Henman**
Asumidos, invisibles o marginales: Los usuarios de drogas en Lima, Peru
- 27 3.  **Hernán Delgado y Florencia Lemos**
Relevamiento y diagnóstico de los programas de reducción de riesgos y daños para usuarios de drogas en Uruguay
- 33 4.  **Jennifer Foster, Aura Roig y Andrés Soto**
Asumiendo el agujero: Reducción de daños en el consumo inyectado en Bogotá
- 40 5.  **Marcelo Leal**
Jóvenes, de la excitación al 'bajón'
- 45 6.  **Oscar Mauricio Montenegro**
La educación como factor determinante en el consumo responsable de drogas
- 52 7.  **Lidiana Velia Formica**
La Formosa que no se ve
- 58 8.  **Matias Lanfranco**
Los profesionales de la salud y el uso de drogas como problemática: El placer como un derecho
- 65 9.  **Verónica Russo**
Mirándonos desde La Matanza. En relación a la Legislación Argentina
- 71 10.  **Maria Mercedes Moreno**
La cocaína es ancha más no ajena
- 80 11.  **Aram Barra**
Nada sobre nosotr@s sin nosotr@s: Las personas que usan drogas y su rol ante la UNGASS 2016 sobre drogas



1. Ernesto Cortés

Comprando Miedo: Personas usuarias de crack en Costa Rica

Antropólogo social, con una maestría en criminología con énfasis en seguridad humana y otra maestría en salud mental. Director Ejecutivo de la Asociación Costarricense de Estudios e Intervención en Drogas (ACEID). Representante del sub comité estratégico para América Latina del Consorcio Internacional de Políticas de Drogas (IDPC) e Investigador del Colectivo de Estudios en Drogas y Derecho (CEDD).

Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas (Aceid)



“Comprando miedo” es una de las frases que utilizan las personas que usan crack para referirse al hecho de comprar una droga que puede llevarles a experimentar estados de desasosiego o paranoia luego del uso. Aun así, mucho de este miedo que pueden experimentar las personas que usan crack no se debe solo al efecto que produce la sustancia, sino al hecho que son de las poblaciones usuarias de drogas que sufren de un mayor estigma y discriminación por parte de las autoridades y la sociedad en general, así como de una violencia directa por parte de los vendedores y traficantes de crack.

Esta discriminación hacia las personas que usan crack es ocasionada por la ignorancia y los prejuicios que tienen la población general y las instituciones públicas sobre la droga y las personas que la utilizan. Aunado al hecho que no existen esfuerzos sistemáticos por conocer la población, sus características y sus condiciones sociales y de salud y mucho menos de brindarles algún tipo de atención. Todo esto a pesar de que el crack ha estado presente en el mercado ilícito de drogas en Costa Rica desde hace más de 20 años.

Este reporte busca ser un primer acercamiento a las personas que usan crack y su contexto. No pretende ser un análisis exhaustivo del fenómeno, sino una primera pincelada sobre una realidad poco conocida y muy estigmatizada. La recolección de información se realizó como parte de una investigación internacional promovida por el

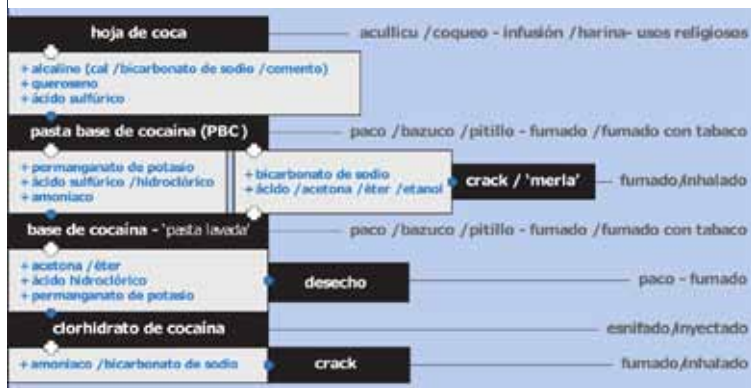
Transnational Institute (TNI) sobre el uso de cocaínas fumables en América Latina y el Caribe. Se realizaron un total de 20 entrevistas a profundidad cara a cara con personas usuarias de crack en la ciudad de San José, de las cuales solamente 2 fueron a mujeres. Las entrevistas se realizaron en el mes de agosto del año 2014 en tres espacios de distintos de acogida para personas habitantes en calle o que presentaran un consumo problemático de drogas.

El presente reporte se divide en 6 partes, empezando con la introducción, seguida por las características de la sustancia, su mercado, las personas que las usan, los servicios de atención que esas reciben y cierra con una reflexión general sobre el impacto el uso de crack y la necesidad de implementar estrategias de reducir los daños que incorporen la voz y la participación de las personas usuarias de drogas.

LA PIEDRA

El Crack es una de las variedades de cocaínas fumables que se encuentran principalmente en los países de América Latina y el Caribe que se encuentran más alejadas de las zonas de producción de hoja de coca (*Erythroxylum coca*). El siguiente cuadro muestra el proceso de elaboración y transformación de la coca, en pasta base, clorhidrato de cocaína y finalmente en Crack o Paco (como es conocido en el cono sur). Costa Rica se encuentra en Centroamérica, que es

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL CRACK/PACO



Fuente: TNI 2006¹

una de las principales rutas de tránsito de drogas hacia los Estados Unidos, por lo que resulta más fácil de encontrar clorhidrato de cocaína, el cual se utiliza para elaborar crack o paco.

El crack apareció en la ciudad de San José a inicios de la década de los 90s del siglo XX, aunque originalmente apareció primero en la provincia de Limón en el Caribe en 1990. Actualmente se pueden encontrar venta y consumo de "crack" en todo el país. En sus inicios, este solía ser muy puro y cristalino, elaborado con de cocaína de buena calidad, pero actualmente ha perdido drásticamente su calidad.

Popularmente el crack también se conoce como "Piedra", "Ñoña" y "Papa".

Aunque también se le suele decir "Stone", "Cripotnita", "Tronca", "Bicha" y "Chica de humo", entre otros. Cabe resaltar que cuando esta se fuma enrollada junto con marihuana se le llama "Bazuco", que resulta muy interesante, ya que retoma el mismo nombre que se le da la Pasta Base varios países del sur. Asimismo, cuando se mezcla con tabaco se le llama "Chino", aunque esto también se aplica cuando en vez de crack se mezcla el tabaco con cocaína en polvo en un cigarrillo.

El crack se prepara a partir del cocimiento de la mezcla de clorhidrato de cocaína (en polvo), bicarbonato de sodio y algún líquido, este último suele ser agua, aunque en algunas ocasiones se utiliza etanol o alguna bebida alcohólica como aguardiente. También pueden ser

1. Transnational Institute (2006). "El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de la cocaína en el Cono Sur www.tni.org/en/file/305/download?token=WPX-Olcz

que se mezcla con amoníaco, pero es en casos muy raros. Un hecho relevante es que al menos la mitad de las personas usuarias entrevistadas dijeron haber “cocinado” crack.

Cada piedra es de forma irregular, de un tamaño pequeño como “*medio grano de frijol*” de aproximadamente 5mm. Estas suelen tener una consistencia dura, pero que “*se rompe fácilmente con la uña*”. Tiene un color blancuzco o amarillento, que puede variar según el método de elaboración, como dice una de las personas entrevistadas: “*depende según la mano y como se cocine*”. Aun así, esta puede también ser cristalina que es de mejor calidad o de color café, gris e inclusive negra, si se elabora con vino o algún otro elemento que le pueda dar este color. Cuando es muy blanco es porque tiene mucho bicarbonato y si es muy amarillo es porque se elabora con amoníaco, lo que también se valora como una sustancia de menor calidad.

Como hemos visto, la calidad del crack se define tanto por su consistencia y su color, pero es principalmente por la forma en que se quema a la hora de fumarla. El crack de mejor calidad debe derretirse completamente y convertirse en aceite, el de menor calidad no es tan aceitoso y suele dejar un residuo como un polvo blanco, que se asocia con una mayor cantidad de bicarbonato. Como lo explican varias de las personas entrevistadas:

“Cuando se le da fuego, si se derrite todo es más pura. Si queda un polvito blanco

encima de la alambrina es puro bicar (bicarbonato)...”.

“Cuando se monta en el tubo, si se derrite toda y no queda residuos en el tubo, se puede decir que es una piedra de buena calidad”.

EL MERCADO MINORISTA

Como se comprobó a partir del trabajo de campo, el crack apareció en el mercado costarricense a inicios de la década de los 90s del siglo XX. El siguiente gráfico muestra cómo la primera incautación oficial realizada por la policía costarricense fue en el año 1991 con 171 piedras decomisadas, llegando a un máximo de 209 043 en el año 2010. En general se observa un incremento paulatino de los decomisos durante finales del siglo XX y la primera década del XXI, estabilizándose cerca del 2005 para mantener cierta variabilidad asociada principalmente a los esfuerzos de control policial.

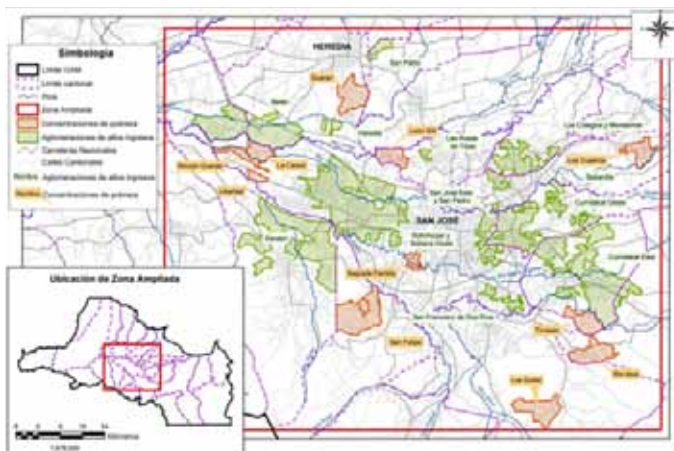
Las comunidades donde la policía decomisa mayores cantidades de Crack, son aquellas donde existe una mayor concentración urbana y menores índices socioeconómicos; lo que puede asociarse al hecho que su preparación se realiza en el mismo lugar donde se vende, o por lo menos en casas cercanas a este lugar. Este se suele vender en venta fijos conocidos como “bunkers”.

INCAUTACIONES DE DOSIS (PIEDRAS) DE CRACK EN COSTA RICA. DE 1990 A 2013



Fuente: ICD 2014²

MAPA ZONAS DE CONCENTRACIÓN DE POBREZA Y ALTOS INGRESOS. ÁREA METROPOLITANA, COSTA RICA



Fuente: Programa de Desarrollo Urbano Sostenible. Universidad de Costa Rica (2000)

2. Instituto Costarricense sobre Drogas (2014) Boletín Estadístico Primer trimestre 2014
www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/boletin_esta_uid/BE_2014/UID-BE_1_2014.pdf

Estos últimos son lugares al aire libre, en edificios abandonados, o incluso casas de habitación, en donde las personas usuarias de crack pueden comprar la sustancia y en algunas ocasiones también consumirla. Como menciona una de las personas entrevistadas, *“...hay bunkers donde solo está el vendedor, pero también hay casas donde está toda la familia”*.

Algunos de los barrios mencionados donde se puede comprar crack son: Sagrada Familia, León XIII, Alajuelita (San Felipe), Hatillo, Pavas (Rincón Grande y Libertad), entre otros. Como se aprecia en el mapa, algunos de los barrios mencionados están ubicados en las zonas de concentración de pobreza (zonas rojas), dejando clara la relación entre esta sustancia y el contexto social y económico de su mercado y las personas que la consumen.

En el centro de la ciudad los puntos de venta suelen cambiar más rápidamente, ya que estos están más relacionados con comercios o sectores de mayor marginación del casco urbano. Se menciona “Tierra Dominicana” o “Tierra Colombiana”, lugares donde también suele haber concentración de comercio sexual. Se utilizan hoteles donde se expende crack y se alquilan cuartos para su uso. En los puntos de venta abiertos o que no están dentro de las casas o bunkers, suelen haber 2 personas: el vendedor y el “campana”. El primero se dedica a realizar la transacción, mientras que el segundo a avisar si hay presencia de policías o de extraños que puedan perjudicar el comercio.

Las comunidades donde se vende crack no han cambiado considerablemente en la última década, aunque el lugar de expendio específico (punto, casa, bunker u hotel) puede ser que haya sido objeto de un allanamiento de la policía que les obligó a cerrar: *“A veces la policía cae y tienen que buscar otros lugares para vender”*. Asimismo, la disputa por territorio entre vendedores también puede generar este corto desplazamiento o incluso un cambio en la persona encargada de venta en el lugar: *“el bunker puede permanecer en el lugar, tal vez matan al mae que vende y otro lo agarra”*.

En general el crack se vende en dosis (piedras) envueltas en papel aluminio o plástico. Una piedra es relativamente pequeña, como del tamaño de medio grano de frijol y pesa entre 0,15 a 0,20 gramos.³ El precio promedio de una piedra es 500 colones (\$1.00 US), que puede variar según el lugar, siendo el más bajo de 300 colones (\$0.6 US) en algunos barrios urbanos marginales fuera del centro de la ciudad, y el más alto de 1000 colones (\$2.00 US), que se encuentra en el centro de la ciudad. Esta también se puede comprar en gramos, con un precio que oscila entre los 2000 a 2500 colones (\$4.00 a 5.00 US), según donde se compre.

Las personas que venden crack suelen ser hombres jóvenes y adultos entre los 16 a los 35 años y en menor grado mujeres y niños cuando se vende en casas. La gran mayoría de estos vendedores no suelen consumir crack, pero si suelen usar marihuana, alcohol y cocaína.

3. Instituto Costarricense sobre Drogas (2014) Boletín Estadístico Primer trimestre 2014 www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/boletin_esta_uid/BE_2014/UID-BE_1_2014.pdf

Las personas usuarias de crack que se dedican al expendio usualmente trabajan para alguien más que les entregan una cantidad considerable del producto para su venta directa y su pago por la se realiza con la misma sustancia. Como explica una de las personas entrevistadas: *“En una bomba de 26 piedras que les dan para vender, 20 son para el dueño y 6 son para ellos. Son los que se exponen, son el Robot”*.

Aunque se reconoce la existencia de grupos organizados para la venta de crack, estos no poseen una organización compleja y muy jerarquizada. Ya que en la mayoría de los casos donde se indicó la existencia de estas organizaciones se identificaron familias completas (conocidas peyorativamente como “nacrofamilias”) o donde se explotan varios robots, que funcionan como “*carriada*” para la policía. Aun así, uno de los entrevistados indicó que en la ciudad de Limón, en la zona del Caribe, hay grupos más organizados y más violentos.

El papel que juega la policía en este mercado está relacionado principalmente con el control de los puntos de venta. La mayoría de las personas entrevistadas dijo que se encuentran tanto policías corruptos como policías honestos, indicando que los corruptos decomisan las piedras para revenderlas, otros lo que hacen es cobrar cuotas para permitir la venta en ciertos lugares. Uno de los entrevistados lo explicó de la siguiente forma: *“Yo vendía en Carriada Sur (Sagrada Familia) y llegaban los policías y se quedaba 4 horas ahí y yo no podía vender.*

Le decía al campana que les diera 500000 colones (\$1000 US) para que se fueran”.

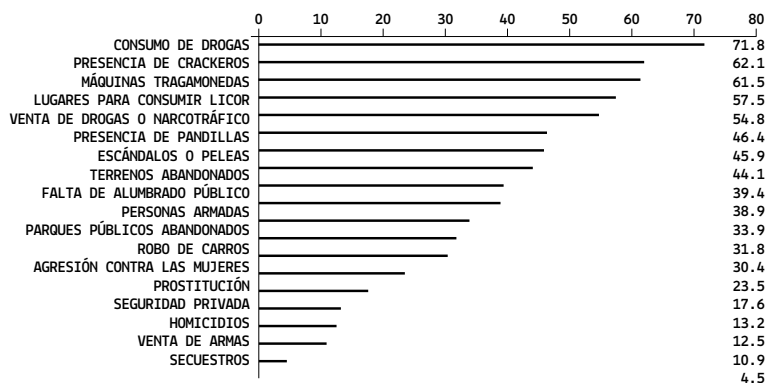
PERSONAS QUE USAN CRACK

Dentro de todas las personas que usan drogas ilícitas en Costa Rica, las personas que usan crack son la que sufren de una mayor exclusión y marginación. Estas son percibidas como uno de los mayores factores de inseguridad ciudadana en las comunidades costarricenses, relacionadas directamente con delincuencia y criminalidad. En el siguiente gráfico de la encuesta de victimización realizada en el 2006, que incluso ubica a las personas usuarias de crack o “crackeros” como una de las principales situaciones de inseguridad en las comunidades, por encima del de la “venta de drogas o narcotráfico” y la “presencia de pandillas”.

Para conocer el tamaño de esta población usuaria de crack en Costa Rica, las únicas fuentes de información provienen de encuestas de hogares que se realizan cada 5 años por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). A pesar de que la primera encuesta nacional fue realizada en 1990, no fue hasta 1995 cuando se preguntó por primera vez por el uso de crack (IAFA 2012).⁴ Como se puede apreciar en la siguiente tabla, el uso de crack se ha mantenido muy bajo y relativamente estable en todo este tiempo; llegando al 2010 como un 0,3% de la población que dijo haber usado crack en el último año, lo que equivale a cerca de 15mil personas.

4. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Costa Rica. (2012) Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en Costa Rica 2010. Fascículo 5 Consumo de Cocaína y Crack www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Fasciculo%20de%20Consumo%20de%20Cocaina%20y%20Crack%202011%20de%20julio%2020FinalD.pdf

DIFERENTES SITUACIONES DE INSEGURIDAD PERCIBIDAS EN EL BARRIO O COMUNIDAD. COSTA RICA 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Seguridad Ciudadana (PNUD 2006)

CONSUMO DE CRACK EN PERSONAS DE 12 A 70 AÑOS RESIDENTES EN VIVIENDAS, POR SEXO COSTA RICA 1990, 1995, 2001, 2006, 2010

NIVELES DE PREVALENCIA	SEXO	1995	2001	2006	2010
PREVALENCIA DE USO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	Hombres	0,6	0,6	0,3	0,5
	Mujeres	0,1	0,0	0,0	0,1
	TOTAL	0,3	0,3	0,2	0,3
PREVALENCIA DE USO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	Hombres	0,4	0,3	0,1	0,4
	Mujeres	0,0	0,0	0,0	0,0
	TOTAL	0,2	0,1	0,1	0,2

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia 2012

Aun así, debido al contexto de estigmatización y marginación, las encuestas en hogares no son el mejor, ni único método para dimensionar la cantidad de personas que usan crack en Costa Rica. Esto por el tabú alrededor del uso de drogas ilícitas que distorsiona la veracidad de las respuestas que brindan las personas encuestadas, pero además porque se excluye por completo a todas aquellas personas que no se encuentren viviendo en una casa de habitación.

A partir de las 20 encuestas realizadas para este informe, se reconoce que la mayoría de las personas usuarias de crack suelen ser hombres de 23 a 52 años de edad y que poseen una larga historia de consumo de distintas sustancias, principalmente alcohol, marihuana y cocaína. La edad promedio de inicio en el uso de crack es 20 años y entre las personas menores de 35 años es de 14 años. Las razones por las que se iniciaron en el consumo son muy variadas, pero se asocian principalmente al deseo experimentar y participar de las actividades que realizaban sus amistades y pares. En menor caso se mencionaron eventos traumáticos o situaciones de riesgo en la adolescencia como la muerte de la madre

o el consumo activo de alcohol o crack por parte del padre u otros familiares.

La forma más común de fumar crack es por medio de un tubo de metal hueco, como los que tienen las sombrillas o las antenas de carro. Muchos dicen haber iniciado el uso de crack mezclado con marihuana ("Bazuco") o con tabaco ("Chino"), para luego continuar fumando en un lata de aluminio de cerveza o gaseosa. Para "fumar en lata", esta se tiene que doblar en el centro haciendo un hoyo pequeño, al que se le hacen huecos con una aguja o clavo, donde se coloca un poco ceniza y la piedra.

El "fumar en tubo" es una forma de administración relativamente reciente, ya que hace más de una década se solía "fumar en lata". Para "pegarse un tubazo", primeramente se debe encontrar un tubo de aluminio de un tamaño particular para que pueda servir de pipa. Seguidamente se le inserta un alambre pequeño (conocido como "alambrina") por uno de los extremos, para poder sujetar la piedra y que no se vaya por el cilindro cuanto se queme y se inhale el humo. Si la piedra es de buena calidad, esta debería derretirse completamente y dejar un aceite cristalino.

MÉTODO DE ADMINISTRACIÓN DEL CRACK EN TUBO



Fuente: Detalle ilustración Periódico La Nación. Costa Rica 2010⁵

5. Amy Ross A. La droga de la devastación. Periódico La Nación. 28 de Noviembre del 2010 wfnode01.nacion.com/2010-11-28/Proa/NotasDestacadas/Proa2576930.aspx

Según las personas entrevistadas, el efecto inmediato de fumar crack es de un placer intenso, que popularmente se le llama "bombazo". Posteriormente y según la situación de vida y el espacio de consumo se pueden tener sensaciones de ansiedad y pánico, por lo que varias personas entrevistadas dijeron que adquirir crack también se le suele llamar: *"pagar para asustarse"* o *"comprar miedo"*. Como dijo uno de los entrevistados más jóvenes: *"yo ya no robo... porque después de fumar siento que en cualquier momento aparece la policía, o la persona que asalté para agarrarme"*.

Actualmente son pocas las personas usuarias de crack que utilizan solo esta sustancia. Muchos mencionaron el uso de alcohol y marihuana, como drogas que ayudan a contrarrestar este efecto negativo del crack y poder *"estabilizarse"* más fácilmente. El uso de estas drogas depende mucho de la cantidad de dinero que se tenga en el momento, o de la situación y las personas con las que se esté compartiendo. Igualmente muchos mencionan haber consumido en algún momento de sus vidas otras ilícitas como LSD, cocaína, éxtasis, pastillas y hongos alucinógenos.

SERVICIOS DE ATENCIÓN

Existen diversos tipos de servicios que brindan o pueden brindar algún tipo de intervención para personas que usan crack y que viven en la ciudad de San José, en este caso encontramos podríamos

diferenciar en servicios de tratamiento estatal, residencial y comunitario. La mayoría de las personas entrevistadas dijo haber utilizado estos servicios, con opiniones muy distintas para cada caso. Cabe recalcar que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), entidad encargada de brindar servicios de salud pública y gratuita no brinda atención para personas usuarias de drogas ilícitas y lícitas (fuera del tabaco).

En un primer término encontramos el servicio ambulatorio el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), en San Pedro de Montes de Oca (a unos 5 kilómetros al Este del centro de la Ciudad). Esta es la única institución pública de salud que brinda atención médica y farmacológica para personas que usan drogas de lunes a viernes de 7am a 3pm. Para recibir atención no se requiere contar con seguro social y se puede ingresar bajo los efectos de una sustancia o en estado de intoxicación. La mayoría de las personas usuarias de crack entrevistadas dijeron estar satisfechas con la atención recibida en el IAFA, ya que reciben un diagnóstico rápido de un médico y en algunos casos de un psicólogo. El principal problema percibido es el poco tiempo que dedican a la atención y la cantidad de medicamentos que reciben para el manejo del síndrome de abstinencia, como dijo uno de los entrevistados dijo: *"con ese pastillero que le mandan, se hace uno farmacodependiente"*.

También se existen “centros de tratamiento residencial” administrados por Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). Estas pueden ser de corta estancia (15 días), mediana estancia (3 meses), o larga estancia (6 meses o más). La intervención en estos “centros” está basada en la abstinencia total y un régimen estricto casi militar, algunos de ellos brindan servicios médicos, psicológico, de trabajo social u ocupacional, habiendo cerca de 80 en estas condiciones aprobados por el IAFA . Para este caso, las personas entrevistadas que se han “*internado en un centro de tratamiento*”, mencionaron que las reglas suelen ser muy estrictas y el trato incluso puede llegar a ser agresivo y humillante. Algunos de ellos dicen haber estado en más de 10 “centros” y que “*todos son muy similares*”.

Entre los servicios de tratamiento comunitario se encuentran varios dispositivos de asistencia básica o bajo umbral como comedores, carpas, albergues y dormitorios. Muchos de estos se vienen implementando en la ciudad de San José por parte de Organizaciones No Gubernamentales que pertenecen a la Comisión Mixta de Atención a la Indigencia de San José (COMAI-SJ). En este caso, encontramos que las personas usuarias de crack ven con muy buenos ojos este tipo de servicios de atención, ya que los mismos resultan menos coercitivos y adaptados a sus necesidades. Aun así, debido a la poca oferta de este tipo de dispositivos, muchas personas que podrían beneficiarse quedan por

fuera, tomando en cuenta que algunos condicionan el servicio si la persona se encuentra bajo los efectos de drogas.

REFLEXIONES FINALES

Sin duda el mayor problema que tiene el crack es su vinculación con la pobreza y la falta de oportunidades socio-económicas. Para conseguir crack, algunas personas pueden llegar a correr altos riesgos que aumentan considerablemente sus condiciones de vulnerabilidad personal, como lo es robar, asaltar, vender drogas, o incluso ingresar al comercio sexual. Se “*compra miedo*” porque en la “*cultura del crack*” existe una vinculación innecesaria con situaciones de violencia y abuso, que además reduce las oportunidades de recibir servicios sanitarios, laborales, educativos, económicos y demás. En otras palabras, a las personas usuarias de crack se les violentan cotidianamente sus derechos fundamentales.

Sin lugar a dudas el problema del crack es la pobreza, como bien dice el científico estadounidense Carl Hart: “*Esas personas no tienen un problema con el crack, sino con la falta de acceso a los recursos más básicos y que les son negados, como educación, vivienda y calidad de vida*”... “*Ellos no tenían nada que ver con la caricatura del adicto a las drogas que no puede resistir a tomar la próxima dosis. Cuando recibían una alternativa, tomaban decisiones económicas racionales. Entonces, percibí que el crack no es el verdadero problema, y sí la condición personal y social del usuario. Si la persona*

6. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) Directorio programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Costa Rica. 2015 www.iafa.go.cr/images/descargables/aprobaciondeprogramas/DIRECTORIO-10-de-julio-2015.pdf

tuviera acceso a alternativas, probablemente no escogerá las drogas”.⁷

Necesitamos hacer una transición profunda del enfoque de Seguridad Ciudadana que busca una “ausencia del miedo”, al enfoque de Seguridad Humana que busca una “ausencia de necesidades básicas insatisfechas”.⁸ Esto implicar desechar esos pensamientos que ven a las personas usuarias de drogas como enfermos o delincuentes y verlos como personas sujetas de derechos, donde se priorice el acceso a servicios de atención en salud, educación, trabajo y redes sociales. El consumo de drogas debe verse como una situación de política social, nunca de política criminal.

Este informe es apenas el primer esfuerzo por iniciar un proceso de conocimiento y reconcomiendo de las personas usuarias de crack en Costa Rica. Sin duda es necesario investigar más el tema y las situaciones relacionadas, tanto en San José como en otras regiones del país. Asimismo se debe indagar en mayor profundidad los comportamientos de riesgo asociados a la calidad de la sustancia (análisis químicos de las sustancias en el mercado), las forma de administración (exámenes físicos y médicos de TB, del sistema respiratorio, de quemaduras e intoxicaciones), riesgos de contagio de Infecciones de Trasmisión Sexual (exámenes de ITS como VIH, VHC, VHB, sífilis, etc.) de la inseguridad del mercado y del trato de la policía y el sistema judicial (reportes de violencia, abuso y encarcelamiento).

Por otro lado, es urgente incorporar estrategias de reducción de daño que vayan más allá de servicios de atención básica de alimentación, higiene, dormida y escucha. Las experiencias de ciudades latinoamericanas como los Centros de Atención Móviles A Drogodependencia (CAMAD) en Bogotá⁹ o el Proyecto “De Brazos Abiertos” en Sao Paulo¹⁰ nos muestran buenos resultados en la implementación de estrategias más humanas que se adaptan a la realidad de las personas usuarias y que impulsen su aceptación y participación social.

No queda de más recalcar que en estos procesos de construcción social siempre debe haber participación de las mismas personas que deben verse beneficiadas en la elaboración y ejecución de las intervenciones que se desean realizar. Asimismo, y tomando en cuenta la necesidad de evaluar el impacto de estas intervenciones, no hay mejor forma que escucharlo desde las personas usuarias de drogas, ya que más allá de los indicadores cuantitativos de proceso o resultados, son las personas las que tienen el conocimiento práctico y las que realmente saben si las acciones realizadas son efectivas o no.

7. www.cbdd.org.br/es/2014/05/13/el-problema-del-crack-es-la-pobreza-dice-cientifico

8. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Informe Sobre Desarrollo Humano 1994 hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf

9. bogota.gov.co/tag/camad

10. www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/5240




2. Anthony Richard Henman

Asumidos, invisibles o marginales: Los usuarios de drogas en Lima, Peru

Es autor de "Mama Coca". Coordinó el equipo de estudios antropológicos en los primeros programas de intercambio de jeringas por el AIDS Institute de New York. Ha sido consultor de la Organización Mundial de la Salud, del Conselho Estadual de Entorpecentes de Sao Paulo, y representó usuarios antiprohibicionistas en varias comisiones del Parlamento Europeo. Colabora actualmente en proyectos sobre coca del Trans National Institute de Amsterdam, y dirige el Jardín de Plantas Maestras en Lima, Perú.



Este papel de posición es parte de un compendio de 11 textos publicados por la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que Usan Drogas, LANPUD. Para descargar otros documentos puedes acudir a: www.lanpud.net



Tanto “usuarios” como “drogas” son categorías de difícil definición en el contexto peruano. Las sustancias consideradas psicoactivas o psicotrópicas en la literatura científica incluyen plantas y fármacos que son encaradas de manera muy distinta por la población: unas como “remedios”, otras como meras “costumbres”, y algunas como “drogas” en el sentido peyorativo del término. Los consumidores van desde curanderos altamente respetados por sus pares hasta la población urbana más marginalizada, pasando por todos los sectores y estamentos de la sociedad (CEDRO 2000). Inclusive la definición legal de lo “ilícito” difiere de las normas internacionales, ya que la hoja de coca – y brebajes conteniendo mezcalina (san pedro) y DMT (ayahuasca) – no son ilegales en el Perú. Añádase el hecho de que el consumo en sí, aún de las “drogas” más condenadas por la opinión pública, no es considerado delito, ni lo es una posesión de cantidades para el propio e inmediato consumo (artículo 299 del Código Penal).

Lo que define el carácter de los variados padrones de consumo, por lo tanto, no es reducible ni a las propiedades farmacológicas de una sustancia, ni tampoco a su status legal. Más importante son complejos factores culturales que definen la identidad de cada tipo de usuario, que confieren o niegan una legitimidad a ciertos usos, y que permiten su visibilidad, por un lado, o – al contrario – exigen encubrimiento y un absoluto hermetismo. Los más asumidos y aceptados públicamente son los usos “tradicionales”

de coca, san Pedro y ayahuasca, aunque veremos más adelante que en ciertos sectores urbanos, etnocéntricos, éstos también siguen siendo mal vistos, y las plantas consideradas como “droga”. El consumo de las principales sustancias ilícitas – cocaína, PBC (pasta base de cocaína), marihuana, y MDMA – y de los fármacos bajo supuesto control médico – benzodiazepinas, codeína y tramadol – trata siempre de mantenerse invisible y, en contraste con algunos países vecinos, hasta el movimiento por una reforma de las leyes sobre cannabis (LegalizaPeru) ha tenido muy poca repercusión política. Queda, como la parte más visible del “problema”, lo que la opinión pública identifica como “los drogadictos”: los habitués de los fumadores de PBC, y la población marginalizada que vive en la calle y se presenta abiertamente “fumando terocal” (aspirando los solventes de la cola industrial; irónicamente una sustancia 100% legal y disponible por doquier).

Es importante entender el contexto general en que se insieren estas prácticas, tan diversas entre sí, pero todas sujetas a lo que un astuto observador, Ricardo Soberón, ha llamado “la continuidad del paradigma de la abstención y represión” (CIDDDH 2014: 4). La sociedad limeña, especialmente los sectores con más influencia sobre el discurso público, es altamente conservadora en sus costumbres, y hasta retrógrada y racista frente a la herencia indígena de su país. No es por acaso que la condena del coqueo como una forma de toxicomanía

– hasta hoy inscrita en la Convención Única de la ONU – se apoyó desde el inicio en los supuestos hallazgos científicos del departamento psiquiátrico de la Facultad de Medicina de Lima (Gutiérrez Noriega & Zapata Ortiz 1947; Cáceres 2007).

La deliberada manipulación de datos sobre la extensión del “problema de la droga”, inaugurada con las campañas anti-coca a mediados del siglo XX, sigue vigente hasta nuestros días. Para algunas autoridades el uso de una sustancia ilícita, aún una sola vez en la vida, constituye evidencia de un consumo problemático, lo que implicaría al rededor de un millón y medio de “drogados” en el país (4.8% de la población en general - IV Encuesta Nacional, 2010). Estimativas más realistas arrojan una cifra de casi 250,000 usuarios con consumo en el último año (DEVIDA 2011), y menos de la mitad de este número con algún consumo en el último mes (Castro de la Mata & Zavaleta 2005).

En el caso preciso de Lima, podríamos estar hablando de 50 a 100 mil usuarios regulares de las sustancias ilícitas, al rededor de 1% de la población total, de 9 millones. Sin embargo - en la total ausencia de datos confiables, y sin distinguir usuarios por la sustancia usada, o el contexto y la frecuencia en que la usan - políticas son diseñadas para hacer frente a un “flagelo” sobre-dimensionado y prácticamente desconocido. Mismo los observadores más próximos a la perspectiva oficial, analizando las 15 fuentes de datos

acumulados sobre el uso de PBC desde 1976, se vieron obligados a admitir “diversas limitaciones metodológicas que dificultan la obtención de conclusiones definidas de vasta cobertura poblacional y temporal” (León & Castro de la Mata 1989: 26).

Los usos “tradicionales”, aunque parte del folklore turístico del país, son igualmente difíciles de definir en sus verdaderas dimensiones. Con el objetivo de demostrar que la costumbre del coqueo está em vías de desaparecer – dando aliento a la embajada norteamericana, que ha perseguido este objetivo sin descanso desde la década de 1940 - Rospigliosi y sus colaboradores (2004) han hecho creer que menos de un millón de peruanos utilizan la hoja de coca a diario, aunque admiten que hasta 3 o 4 millones (más de 10% de la población total del país) la pueden utilizar eventualmente, en fiestas y rituales andinos. Mas aún, explícitos defensores de la hoja de coca (APEHCOCA, y otros) son marginalizados por los medios, la academia y el mundo político, quitándole visibilidad al tema. En años recientes, la clase media urbana puede haber redescubierto la coca (en forma de harina molida) como suplemento nutricional, pero hasta hoy son muy pocos los que se atreven a *chac´char* hojas de coca en la ciudad. Es significativo que en este particular el Perú difiere notablemente de la vecina Bolivia, donde la hoja de coca se consume abiertamente en el contexto urbano, y donde ha sido declarado patrimonio cultural por la nueva constitución del Estado Plurinacional.

Algo parecido ocurre con el universo de la medicina tradicional, que usa san Pedro en la costa, ayahuasca en la selva, ambos en roles absolutamente centrales a sus respectivas prácticas rituales. La extensión de tales costumbres, en términos cuantitativos, es totalmente desconocida, y una discusión de su relevancia y utilidad brilla por su ausencia en el ambiente político. Hay poca, o ninguna, voluntad de integrar estas tradiciones en una medicina complementaria con la ortodoxa, y – desde el fallecimiento del Dr. Fernando Cabieses, su gran defensor en el seno del Ministerio de Salud – el posible aporte sanitario del saber milenario andino-amazónico ha quedado sencillamente fuera de consideración por la esfera gubernamental.

El diseño de políticas adecuadas se complica aún más al darse cuenta del flagrante desajuste entre el mundo oficial – el de la leyes y las declaraciones ministeriales (Rubio Correa 1988) – y la realidad observada por los ciudadanos de a pie. La norma actualmente vigente (Ley 28002, de 2003) teóricamente permite la posesión, para consumo propio, de 8 gramos de marihuana, 5 gramos de PBC, o 2 gramos de clorhidrato de cocaína. Pero ya es una rutina que los policías no respeten tales límites, acusando al usuario de ser micro-comercializador, “sembrando” evidencias de otros delitos, amenazando con violencia física, y casi siempre descaradamente pidiendo “coima” (dinero para encerrar el caso). En la *Línea Verde* telefónica establecida para prestar apoyo legal a los usuarios en tales

circunstancias, se constató que menos de 5% de las detenciones por posesión llegan al conocimiento del Ministerio Público – o sea, la enorme mayoría se resuelve, normalmente mediante pago, en la comisaría o directamente con el agente policial. En una encuesta con los efectivos de DINANDRO (la Dirección Anti-Drogas de la Policía Nacional), sólo 26% afirmaron que el consumo de drogas no debe considerarse una actividad ilícita (CIDDDH 2014: 25-27). Y ellos son los ejecutores de la ley, los oficiales encargados de hacerla respetar!

Por otro lado, el contexto institucional para un usuario de drogas que sí acaba quedando entre los amarres o cuidados del Estado no deja de ser francamente desolador, asemejándose en nada a las amables ficciones sobre “tratamiento y rehabilitación” declaradas desde palacio. Hasta el Instituto Nacional Penitenciario (INPE 2008) ha reconocido que al menos 19.2% de los internos continúan utilizando drogas ilícitas dentro de la cárcel, lo que es probablemente una estimativa muy baja. La búsqueda de salud mental para una población cada vez más desnortada por las reformas macroeconómicas, neo-liberales, sigue siendo objeto de inúmeros decretos, reglamentos, requisitos y estándares, que deberían poner en orden los servicios y atender a la población. Pero, en lo que toca a los usuarios de drogas, tales servicios han sido abandonados por los operadores estatales y entregados en su casi totalidad a comunidades terapéuticas particulares, que operan mayormente sin respetar las reglas,

sometiendo sus pacientes al maltrato y la explotación (Becerra & Bazo 1999). En 2011-2012 dos centros de rehabilitación informales (uno, el notorio *Cristo es Amor*) se incendiaron por disputas internas en Lima, con un saldo de 46 muertos. Con casi tres cuartos del presupuesto “anti-drogas” dedicados a la represión, y sólo 8.53% a la prevención y tratamiento (DEVIDA 2012), tales resultados – aunque tristes - no deben sorprender.

Finalmente, en un desarrollo que puede anunciar un intento de aplicar una verdadera *Final Solution*, se está paulatinamente abriendo las puertas para lo que se denomina el “ingreso involuntario” de usuarios de drogas en el sistema terciarizado de tratamiento y desintoxicación. Ya la sentencia del Tribunal Constitucional de 2006 (Expediente 05842, punto 99), había declarado una tal retención “una forma ilegítima y arbitraria de vulneración de la libertad individual”, aunque admitía que cierta “incapacidad” podría alterar este cuadro. Varias posibilidades fueron contempladas por el tribunal, entre ellas, “cuando sea ebrio habitual o toxicómano”. La Ley 29737 de 2011 ha recogido estas propuestas de forma más formal, explícitamente admitiendo la posibilidad de un ingreso involuntario, así como la autorización de familiares para el internamiento de personas con adicción. Eso es: Ya no será el policía y el juez que te mandan a la cárcel para cumplir una pena, sino un familiar tuyo que te manda a la fuerza a una “comunidad terapéutica”

donde, a puertas cerradas y sin intervención de autoridad pública alguna, te darán un buen lavado de cerebro...

En vista de todas estas circunstancias, se entiende porque el Perú no ha visto surgir entidades que representan los intereses de los consumidores de sustancias psicoactivas, ni grandes iniciativas públicas del tipo “reducción de riesgos”, o “reducción de daños”. En toda la sociedad limeña, la población ha convivido con la cocaína y PBC por décadas, y han surgido normas y rituales de consumo propias a cada sector, formas de controlar los usos realmente problemáticos, así como ayudas informales y consejos de amigos para los que quieren escuchar. La gente se pregunta: Para qué crear un interlocutor, si el Estado no quiere prestarle oído? Para qué exponerse como “usuario”, si esto conlleva ser objeto de la extorsión policial? Mejor “pasamos piola” (sin despertar sospechas), como se dice en la calle. Igual sentimiento es compartido, en otro nivel social, por los numerosos y discretos consumidores de cocaína que – desde hace un siglo, por lo menos - desarrollan sus carreras profesionales en la capital peruana. Nadie quiere llamar la atención, y menos a los agentes de un Estado corrupto.

Esta situación de estabilidad cultural, o quizás de estancamiento, se ve claramente en las pocas iniciativas que han tratado de abrir un debate sobre las políticas que serían adecuadas a cada sector. Eventos sobre la hoja de coca, mismo siendo realizadas delante

de centenas de interesados en el gran auditorio de la principal universidad del país, o en el Colegio de Médicos, reciben absolutamente ninguna cobertura en los medios, y la presencia del Estado se restringe a los indefectibles agentes de inteligencia – cuyo objetivo es monitorear cualquier amenaza a la hegemonía del discurso prohibicionista. Iniciativas sobre el uso médico de la marihuana, o su eventual regulación legal, consiguen un efímero *succés de scandale*, para luego ser usados para confirmar los estereotipos, o caer en el olvido.

Ni siquiera en el ambiente sanitario existe una real intención de atender a las demandas de los usuarios, y particularmente a las gigantes necesidades de los más marginalizados, los “pastrulos” o consumidores de PBC. Los poquísimos programas de atendimento para esta población son dirigidas por entidades religiosas de tipo asistencialista, que sólo preconizan la abstención. La presencia del Estado se restringe a actividades policiales para supuestamente “reprimir” el negocio. No es por acaso que el cuartel central de la DINANDRO, en el barrio céntrico de La Victoria, se encuentra a dos cuadras del principal y más tradicional expendio de drogas ilícitas de la ciudad, un callejón llamado El Huascarán.

Hasta que no se hable de la injusticia, hipocresía y deshonestidad con que las autoridades encaran el “problema de la droga” en el Perú, hay escasas posibilidades de cambiar el paradigma político, e

iniciar un auténtico atendimento a las necesidades de salud pública. Felizmente, la población peruana tiene otros recursos que no dependen del Estado, y que ofrecen salidas ni siquiera contempladas en las políticas oficiales. La retomada del interés por la hoja de coca, que prosigue inexorablemente a pesar de circunstancias poco favorables, podrá ofrecer un modelo de aprovechamiento de esta planta que sería saludable (del punto de vista del consumidor) y rentable (para el productor, actualmente castigado por las campañas de erradicación). La experiencia colectiva con las nuevas formas de consumir coca – como el mambe o ypadú – asociadas a algunas iniciativas ya ensayadas de tratamiento a los dependientes, podrían desencadenar eventuales iniciativas para re-educar la demanda por cocaína y PBC con productos más suaves, más orgánicos, y más efectivos a largo plazo (Henman & Metaal 2009).

Igual desarrollo se observa en la expansión no documentada, pero seguramente masiva, de los tratamientos a las dependencias por medio de la medicina tradicional. Antes restringidos a la costa norte peruana, se calcula en centenas, o hasta miles, los curanderos san pedreros instalados en Lima, atendiendo diversas necesidades, y muy principalmente el alcoholismo y la dependencia a fármacos y drogas ilícitas. Lo mismo ocurre con los maestros ayahuasqueros de la selva, que desde hace dos décadas, por lo menos, han empezado a desplazar sus actividades a la capital. Estos cambios indican

claramente por lo menos dos cosas: el fracaso casi total de los programas oficiales de atendimento a las dependencias, y la búsqueda autónoma de soluciones por parte de una población todavía vinculada a sus tradiciones ancestrales. Se diseña, para el futuro próximo, un auténtico conflicto de culturas: por un lado, un enfoque abstencionista, moralizador al estilo cristiano, privatizado y capitalista en lo económico – y, por el otro, una perspectiva con renacimiento del aprendizaje y respeto por las “plantas maestras”, que tanto contribuyeron al surgimiento de la colectividad y la civilización andinas.

BIBLIOGRAFÍA

- Becerra, & Bazo. Diagnóstico situacional de las comunidades terapéuticas peruanas. 1999. Lima: CONTRADROGAS.
- Cáceres, Baldomero. "Dos escritos sobre coca, drogas, y psiquiatría" en Ricardo Soberón (ed.) Hablan los diablos. 2007. Lima: Transnational Institute.
- Castro de la Mata, Ramiro & Zavaleta, Alfonso. Epidemiología de drogas en la población urbana peruana. 2005. Lima: CEDRO.
- CEDRO. Estudio global de mercados de drogas ilícitas en Lima metropolitana. 2000. Lima: CEDRO, CONTRADROGAS, PNUFID, UNICRI.
- CIDDH (Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos). Los usuarios de drogas en el Perú: Políticas, derechos y problemas. 2014. Lima: CIDDH.
- IV Encuesta Nacional. IV Encuesta Nacional de consumo de drogas en la población general del Perú. 2010. Lima: www.opd.gob.pe
- DEVID. Estrategia Nacional de Control de Drogas 2012-2016. 2012. Lima: www.devida.gob.pe
- Gutiérrez Noriega, Carlos & Zapata Ortiz, Vicente. Estudios sobre la coca y la cocaína en el Perú. 1947. Lima: Ministerio de Educación Pública.
- Henman, Anthony & Metaal, Pien. Los mitos de la coca. 2009. Amsterdam: Transnational Institute.
- INPE (Instituto Nacional Penitenciario). Programa de intervención en personas con abuso y dependencia de sustancias psicoactivas reclusas en los establecimientos penitenciarios peruanos. 2008. Lima: DEVIDA, INPE.
- León, Federico & Castro de la Mata, Ramiro (eds.). Pasta básica de cocaína, un estudio multidisciplinario. 1989. Lima: CEDRO.
- Rospigliosi, Fernando (ed.). El consumo tradicional de la hoja de coca en el Perú. 2004. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Rubio Correa, Marcial. Legislación peruana sobre drogas a partir de 1920. 1988. Lima: CEDRO.

3. Hernán Delgado y Glorencia Lemos Colaboración: Diego Pieri

Relevamiento y diagnóstico de los programas de reducción de riesgos y daños para usuarios de drogas en Uruguay

Hernán Delgado es neurocientífico. Su área de desarrollo académico se centra en el uso de drogas y sus efectos a nivel del sistema nervioso. Es estudiante avanzado del diploma 'Política de Drogas, Regulación y Control' de la Universidad de la República, Uruguay. También es integrante del programa de política de drogas de la organización social ProDerechos.

Florencia Lemos es estudiante de la licenciatura en Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Miembro fundadora del Club Cannabico CLUC "Cultivando la Libertad Uruguay Crece" y participó de la redacción, junto a varios autores, del libro "Uruguay se planta" manual de cultivo y uso legal de marihuana, publicado en 2014. Además, es integrante de ProDerechos, organización social que desde el año 2006 trabaja activamente en la transformación de la política de drogas en Uruguay.



Este papel de posición es parte de un compendio de 11 textos publicados por la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que Usan Drogas, LANPUD. Para descargar otros documentos puedes acudir a: www.lanpud.net

MAPEO DE LAS ASOCIACIONES DE PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS

- Red de usuarios de drogas Uruguay¹
- Experiencia puntual de asociación de usuarios en una cooperativa de trabajo "Achicando Caminos"²
- Experiencia de los clubes cannábicos por ejemplo "cluc"³
- Red de cultivadores por ejemplo en Piriápolis "Colectivo Cultura Viva"⁴

DESCRIPTIVO DE LAS DROGAS MÁS CONSUMIDAS Y SITUACIONES MÁS CONOCIDAS

Según los datos de la última encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas, la droga más consumida por los uruguayos es el alcohol. El 90,6 % de las personas entre 15 y 65 años ha probado alcohol alguna vez en su vida, 71,1% ha consumido en los últimos 12 meses y más de la mitad, el 52,1% lo ha hecho en los últimos

30 días. El tabaco es la segunda droga más usada por los uruguayos. Un 64,0 % ha probado tabaco al menos una vez en su vida, el 33,0 % lo ha hecho en el último año y el 29,5 % en el último mes. La marihuana es la tercer droga con mayor prevalencia de uso con un 23,3 % para toda la vida, 9,3 % en el último año y 6,5 % declaran haber usado marihuana en los últimos 30 días. En cuanto a la cocaína, el 6,8 % declaran haberla consumido al menos 1 vez en la vida, 1,6 % en el último año y 0,6 % en los últimos 30 días.⁵

El uso de PBC resulta marginal en la encuesta de hogares ya que este tipo de encuestas no resulta un buen método para captar a las personas que usan PBC. Según estimaciones del Observatorio Uruguayo de Drogas, la cantidad de usuarios de PBC se encuentra entre 6.500 y 14.500 personas en Uruguay.⁶

En base a entrevistas con personas que usan drogas y técnicas que trabajan en

1. Red de Usuarios de Drogas y Cultivadores de Cannabis: (Facebook: [rudu.indicativa](#))

- Nos consolidamos como Red debido a la reiterada violación de nuestros derechos humanos, persecución policial, discriminación, estigmatización, seguida de criminalización y exclusión social y sanitaria.

- La clandestinidad del consumo de sustancias prohibidas ha contribuido a ocasionar y potenciar todos aquellos daños asociados a su abuso.

- Nuestros objetivos generales son promover los derechos de los/as usuarios/as, incidir políticamente en la en las leyes sobre drogas.

- Luchar contra las representaciones del imaginario más estereotipantes y segregativos de los/as usuarios /as de drogas. - Difundir estrategias de políticas antidiscriminatorias, con respecto a medidas de salud, DHH, penales, sociales y laborales necesarias para su implementación y métodos adecuados de abordaje.

- Detectar, asistir y continuar el seguimiento de los usuarios/as de drogas con consumo abusivo.

- Trabajar en prevención, reducción de riesgo y daños asociados al consumo abusivo, particularmente prevenir el VIH/SIDA, HCV y otras ITS.

- Fomentar la capacitación y participación activa de usuarios/as de drogas en estrategias de elaboración, dirección y ejecución de acciones relacionadas a la temática terapéutica, política y social.

2. Dispositivo abierto de tratamiento comunitario vinculado a los consumos problemáticos de drogas.

www.facebook.com/pages/El-Achique-Casavalle

3. El CLUC (Cultivando la Libertad Uruguay Crece) surge en Montevideo a partir de la ley 19172. Promovemos clubes viables, participativos e innovadores. www.facebook.com/pages/Club-Cannábico-CLUC

4. Colectivo de autocultivadores www.facebook.com/profile.php

5. 5a Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. OUD - INE, 2014

6. infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf. Según el Censo realizado en 2011, la población total de Uruguay es de 3.286.314 personas por lo cual según las estimaciones del OUD, la población de usuarios representa menos de 0,5 % de la población total.

la temática en territorio, las percepciones confirman que las drogas más consumidas por las Uruguayas/os son, el alcohol en primer lugar tanto en la esfera doméstica como pública, seguida por la marihuana y la cocaína.

RESUMEN DE LOS PROGRAMAS DE RD DE DAÑOS FRENTE AL USO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS YA SEA POR VÍA INYECTADA, INHALADA, FUMADA Y OTRAS

En relación a lo recabado, la vía inyectada, no es la vía preferida por los usuarios. Muy pocos usuarios se inyectan. De las otras sustancias hay programas, por cada sustancia cosas distintas por ejemplo desde El Centro de Tratamiento El Achique de Casavalle se utilizan: métodos anticonceptivos para evitar enfermedades, test cortos para detectar enfermedad, entrega de condones, información sobre riesgos de la vía, de la sustancias y de la droga que se usan, orientación específica de cada droga. Uso de crema cicatrizante, consumo de líquido con vitamina c, técnicas de prevención de recaídas, herramientas (vaso de agua, respiración, reír) disminución de actividades conflictivas (sociales y familiares), obtención o recuperación del trabajo, mejora en el nivel educativo formal o no formal, oportunidades de nuevas relaciones con personas que no tienen consumo problemáticos de drogas al entrar a estudiar y trabajar, el espacio esta abierto de 9 17hs en ese tiempo se construye vinculo con ellos.

Otro programa que una de las entrevistadas menciona es **Consumo Cuidado**, que en diferentes eventos se entregan distintas medidas de cuidado como forma de prevención, **Programa Aleros** intenta que haya más accesibilidad para las personas que consumen drogas, sus familias y en los centros de salud se los sensibiliza con temática para que sean más amigables con las personas que tienen consumo problemáticos

Presentación y evaluación de las condiciones de los usuarios de PBC y de los programas que les son destinados

De acuerdo a los relatos de las personas entrevistadas: los usuarios son mayoritariamente hombres entre 20 y 35 años en situación de exclusión social grave (perdieron todo, familia, trabajo, etc), con nivel de instrucción educativa primaria completa y ocasionalmente ciclo básico incompleto, con historias de vida caracterizadas por encadenamiento de sufrimientos (abandono, pérdidas, abuso sexual, violencia).

“El perfil es de las zonas más vulnerables del país como que empiezan con eso con toda la movida que hay, todo lo que se consigue y no le queda otra a los gurises, tema familiar, económicamente lo pueden hacer y otros no, poca educación se enganchan”.

Evaluación: existen muy pocos programas que tengan la posibilidad de abarcar la complejidad de estas situaciones de vida y de su vínculo con la sustancia y que dé

el tiempo real a las personas para hacer un proceso evolutivo de recuperación, de cura, de sanación de historias de vida traumática. Con metodologías basada en el vínculo, respetando la forma y el tiempo en que las personas van pudiendo decodificar su proceso psicoterapéutica, el sentido de los consumos permitiendo un tiempo real para cada una de las personas y con propuestas integrales que apunte a la construcción de una nueva subjetividad y no solamente un abandono de la sustancia es que es posible la transformación.

“Programas que vi hasta ahora, en principio Narcóticos Anónimos, muy fuerte, no requiere de medicamentos así, lo que se hace en El Achique, no se los destrata, se los trata de integrar, corrigiendo los más básicos, los valores, comer en una mesa, son personas...”

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN SOCIAL (IMAGINARIO) DE LOS USUARIOS DESDE SUS SOCIEDADES Y LEGISLACIONES

“Esta bárbaro porque ser consumidor, los problemas siguen estando, conseguirla, vivir la experiencia si no llega, si no llevas esto no te doy esto en la boca, esta bueno que lo legalicen, uno pueda tener su semilla, plantar, que no te pase nada en el camino. Hay lugares que pasa, 2008, sequía, intercambio pasaba todo...”

UNA SERIE DE PROPUESTAS DE CÓMO INFLUIR EN LOS CAMBIOS A FAVOR DE USUARIOS Y SUS SOCIEDADES

En base al diagnóstico que realizamos de la situación de los usuarios y los programas existentes, surgen las siguientes propuestas:

- Creación de dispositivos de dropping en lugares estratégicos según la población de usuarios.
- La oferta de alternativas saludables que permitan la construcción de la subjetividad y nuevas formas de vivir.
- Acompañando en procesos de integración en distintos ámbitos institucionales y colectivos, distintos espacios de participación, educativo, laboral, acceso a servicios, conexión personal.
- Que existan más programas, recursos de calidad para implantar dispositivos, centros de abordajes integrales.
- Que los profesionales de la salud y otras áreas integren conocimiento específico del modelo de reducción de riesgos y daños
- Que se cuide, se acompañe en el proceso, que se dé una atención de calidad, respetando sus derechos.
- Espacios que se genere vínculo, trato con respeto y amor.

“Para los que consumen pbc, cocaína lo mas destructivo que hay, que las políticas sociales sean mas consistentes, que lleguen un poco mas, la idea estar mas arriba de las personas, para poder creer en uno y reinsertarte...”

“Te hablo desde ahí, poniéndome a mi primero, persona que encontré un lugar, nos dieron bola, habilidades...retraídos por el consumo, muchos años de vida, sabiendo que tenemos algo mas para ir, achique, yo me encontré con esa parte y de ahí el crecimiento, respetando los procesos, las personas...”

VIH Y CONSUMO DE DROGAS

A pesar de que el consumo de pasta base de cocaína no es tan significativo en lo que refiere a número de personas que consumen, no si en las consecuencias, consideramos que sí hay una relación entre ese consumo y la prevalencia del VIH, no se puede descartar en estos casos el sexo no protegido, por lo que no se puede poner como única causa.

Nos basamos en el artículo extraído de “Organización de los Estados Americanos Estudios de seroprevalencia de vih/sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana”.

El reconocimiento de la existencia de grupos “vulnerables” frente al VIH es clave para la implementación de estrategias de alcance a poblaciones que suelen ser de difícil acceso en tanto son objeto de discriminación y sufren la consecuente exclusión social. Es así que la epidemia impacta de manera desproporcionada (mayores tasa de prevalencia de VIH) en colectivos “vulnerables” y muchas veces vulnerados en su condición de sujetos de Derechos.

Específicamente en lo que se refiere a poblaciones con consumo problemático de drogas, se cuenta con una investigación que data de los años 2003 y 2004 en usuarios de cocaína inyectable e inhalada, donde se encontraron prevalencias de VIH de 18.5% y 9.5% respectivamente.

El impacto del consumo problemático de pasta base de cocaína (PBC) reconocido en los últimos años, afectando mayormente a poblaciones en situación de elevada vulnerabilidad social, alertó sobre la necesidad de conocer en profundidad como éste influye en las prácticas y actitudes de los consumidores frente a las infecciones de transmisión sexual y en la prevalencia de VIH en esta población.

La realidad epidemiológica de esta población en relación al VIH muestra que se trata en general de una población en mayor vulnerabilidad. La prevalencia es particularmente alta en usuarios de drogas inyectables, en usuarios que declaran haber tenido en los últimos 12 meses relaciones sexuales por dinero, drogas o mercancía. Posiblemente sea la coincidencia de múltiples riesgos lo determinante lo cual dificulta los análisis causales sin caer en resultados espurios.

Un análisis más en profundidad de la prevalencia de VIH es el riesgo de infección y re infección entre quienes han sido reactivos al test rápido y no han usado condón en la última relación sexual. El uso de drogas inyectables sigue siendo una vía de transmisión del VIH

- El acceso de los usuarios de cocaínas fumables a los servicios de diagnóstico de VIH y otras ITS es bajo
- El uso de preservativos en las relaciones sexuales es bajo dado que menos de la mitad ha reportado uso de preservativo en su última relación sexual.
- Desde el programa El Achique de Casavalle se hace test rápido de VIH. No se han presentado ningún caso positivo así como y tampoco de hepatitis. Lo que si se detectado y tratado a los usuarios es tuberculosis, ya que existe mayor riesgo por vía de consumo, fumar, cansancio, frío, estar en contacto con otros, mala alimentación.



4. Jennifer Foster, Aura Roig y Andrés Soto

Asumiendo el agujero: Reducción de Daños en el consumo inyectado en Bogotá

Red de Personas Usuarias de Drogas Inyectables

Proyecto CAMBIE / Acción Técnica Social -ATS-



Este papel de posición es parte de un compendio de 11 textos publicados por la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que Usan Drogas, LANPUD. Para descargar otros documentos puedes acudir a: www.lanpud.net

Varios estudios han centrado la atención en el consumo inyectado de heroína en Colombia. Sin embargo continúa tratándose de una cuestión bastante invisible y oculta, lo que entre otras ha dificultado el desarrollo de políticas públicas dirigidas a paliar las problemáticas que se le derivan.

A pesar de los intentos de aproximación, subsiste un vacío respecto al conocimiento del consumo inyectado, sus dinámicas, el perfil de la población Usuaría de Drogas Inyectables (UDI), sus prácticas de consumo y los problemas que tienen que enfrentar debido al estigma y la criminalización que recae sobre ellos y ellas. Existe un amplio consenso en reconocer que son pocas las opciones de tratamiento y muchas las barreras de acceso, aunque tampoco hay datos demasiado concretos.

Los últimos estudios del CES sobre prevalencia de VIH y VHC entre población UDI resultan alarmantes. En Pereira, del 2010 al 2014, los índices de VIH subieron de un 1.9% a un 8.4%. En el último estudio también se incorporó por primera vez la prevalencia de VHC que llegaba a un 44%.¹

Se ha identificado que compartir y reutilizar jeringas, sumado a otras prácticas de inyección de alto riesgo, son una constante entre UDI. Hay en el mundo suficiente ilustración que demuestra que suministrar parafernalia limpia de inyección reduce radicalmente el índice

de contagio y la prevalencia de VIH y VHC, así como otras enfermedades entre población consumidora.

En abril 2014, tres meses antes de la realización del mentado estudio, CAMBIE. Programa de Acceso a Material Higiénico de Inyección (PAMHI) salía a la calles de Pereira y Dosquebradas como el primer proyecto piloto del país, implementado por la Corporación Acción Técnica Social-ATS- y operado por la ONG Teméride. Se trata de un servicio móvil que realiza varias paradas durante toda la semana en los diferentes puntos donde se congrega la población UDI. Basado en lo apuntado por el CES, se anticipaba atender alrededor de unas 250 personas consumidoras de heroína inyectada. Actualmente el Programa tiene a más de 800 personas registradas y cuenta con el apoyo de la Secretaría de Salud de Pereira y el Ministerio de Justicia.²

El consumo inyectado de sustancias, además de las consecuencias para la salud, acarrea otras situaciones derivadas del estigma y la discriminación que devienen barreras de acceso a servicios de salud y de tratamiento, agravando todavía más la situación de vulnerabilidad a la que se enfrenta la población consumidora. En este sentido, las actividades de CAMBIE van más allá de repartir y recoger material de inyección. Pretende brindar información útil a la población usuaria, potenciar espacios libres para compartir y retroalimentar experiencias, asesorar en recursos existentes y rutas de acceso

1. CES (2011) Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Universidad CES. Ministerio de Protección Social. CES (2014) Comportamiento de usuarios de drogas inyectables en tres ciudades de Colombia. Bogotá.

2. Toda la información sobre la implementación de CAMBIE. Programa de Acceso a Material Higiénico de Inyección en Pereira y Dosquebradas y los datos aportados por esta experiencia: www.proyectocambie.com

a derechos sociales y de salud. También formar en inyección higiénica, prevención y manejo de sobredosis, salud sexual y reproductiva, VIH y VHC, motivar a la prueba rápida con acompañamiento pre y pos test. Estos son apenas algunos de los aportes que está en capacidad de ofrecer un Programa de tales características.

La población UDI no es un colectivo homogéneo con las mismas problemáticas. Varían según la sustancia, la persona y el contexto. En todo caso, tiene en común que acceder a material higiénico de inyección puede resultarle de vida o muerte. En este sentido es fundamental contar con diversas estrategias dirigidas a reducir los daños que padece.

En Bogotá se extiende cada día más el consumo por vía inyectada de Sustancias Psicoactivas (SPA), no solamente de heroína sino también de ketamina y cocaína. Si bien la prevalencia de VIH y VHC es menor que en Pereira (5% y 6.7% respectivamente) no deja de ser preocupante. El consumo inyectado en la capital aunque es más invisible, existe y tiene sus propias dinámicas que hace que se deba abordar teniendo en cuenta su especificidad. Para ello, en primer lugar es necesario conocer la experiencia de la población usuaria.

Con el objetivo de abordar esta realidad, ATS elaboró un diagnóstico desde el cual sentar las bases para un PAMHI efectivo. Tenía como objetivo conocer en profundidad las necesidades de

la población UDI de la ciudad y las dificultades derivadas de su consumo. Así, tal proceso exploratorio se orientó a generar un acercamiento a esta población como sujetos particulares, relacionando sus características sociales y culturales, sus imaginarios, sentires, entornos y prácticas de riesgo asociadas al consumo, e identificar preocupaciones puntuales que permitieran definir una estrategia de acción concreta y asertiva para robustecer el servicio de acceso a material higiénico de inyección.

Participaron del diagnóstico 57 personas UDI (41 hombres, 14 mujeres y 2 trans) consumidoras de heroína, ketamina y cocaína entre otras, que a través de grupos focales y de discusión compartieron sus experiencias. Estos grupos fueron articulados a través de talleres de inyección higiénica así como de prevención y manejo de sobredosis, lo que generó un ambiente de confianza. Muchas de las personas participantes reconocieron que era la primera vez que podían compartir sus vivencias, inquietudes y dudas como consumidoras, sin sentirse juzgadas.

Según pudo recogerse, en general las personas empiezan a inyectarse por curiosidad y con alguna amistad. Es usual que la heroína sea la última sustancia incorporada al consumo y que anteriormente ya se hubieran inyectado otras sustancias como ketamina y cocaína, que se presentan así como sustancias de transición tanto a la inyección, como a la

heroína. La ketamina es sobre todo de uso recreativo, su inyección se ha hecho visible en espacios de ocio, especialmente vinculada a ambientes electrónicos, entre población muy joven. Incidir en estos contextos puede ser una forma de reducir los riesgos de escalada a la inyección y al consumo de heroína.

Sea cual sea la sustancia consumida, hay evidencia de que las técnicas de inyección aplicadas son muy precarias: no se sabe distinguir entre venas y arterias, la inyección se realiza en dirección contraria al corazón y en lugares del cuerpo especialmente riesgosos, además de reutilizarse el material. Preocupante resulta el desconocimiento sobre los riesgos inherentes a compartir el material de inyección. Aunque por una parte parece que hay cierta conciencia de los riesgos de compartir la jeringa, no así del resto de parafernalia. Compartir la botella de ketamina es un ejemplo flagrante. También se ha observado que existe cierta relajación cuando se trata de compartir material de inyección con alguien de confianza. En este sentido, se hace necesario dar a conocer técnicas higiénicas de inyección con las que se ponga especial énfasis en los riesgos de contagio de VIH y VHC entre población inyectora, sobre todo entre aquella que se encuentra en etapas de inicio de consumo.

Más allá del desconocimiento, prevalecen otras razones que llevan a la población consumidora a reutilizar y compartir material. El costo de la parafernalia

es uno de ellos, especialmente en el caso de las personas consumidoras de heroína, quienes como media utilizarían a diario: 4 jeringas, 4 aguas esterilizadas, 4 cazoletas, 4 toallitas de alcohol, 4 curitas y 4 torniquetes, que es lo mínimo necesario para una inyección higiénica. Otro de los motivos aducidos, fuera de la plata, es la imposibilidad de adquirir la parafernalia. Son muchas las farmacias que se niegan a vender jeringas, a pesar de disponer de ellas, si sospechan que se trata de población UDI. Es necesario sensibilizar al personal que atiende en estos establecimientos sobre lo inadecuado de esta práctica. Principalmente porque vulnera sus derechos, pero además porque resulta una medida del todo inefectiva si lo que se pretende es reducir el consumo.

Uno de los mayores riesgos asociados a la inyección, especialmente de opiáceos, es el de padecer sobredosis. Durante los grupos focales y de discusión quedó claro que existe un amplio desconocimiento en lo que se refiere a esta cuestión. Se desatienden factores que aumentan el riesgo de padecer sobredosis, más allá de la pureza de la sustancia. Además, las posibilidades de recibir ayuda en estas situaciones también son limitadas.

Consumir solo/a es una de las principales causas de muerte por sobredosis. Aun así la mayoría de personas usuarias de heroína que consumen lo hace. La cantidad de inyecciones diarias necesarias, el estigma y la propia idiosincrasia de la sustancia,

son factores que influyen en ello. Sea por falta de otra opción o como mecanismo de prevención hay muchas personas que consumen en lugares públicos que ofrecen cierta privacidad como son los baños. Esto, que puede ser muy molesto para los establecimientos, ha salvado la vida a más de uno y a más de una.

La muerte por sobredosis es uno de los riesgos que más padece la población que consume en solitario y en casa, dado que lo más importante en estas situaciones es que haya alguien que pueda intervenir. Esta población es la de más difícil acceso, porque en muchos casos no tiene contacto con otra población usuaria, ni sale a comprar la sustancia, ni se pone en contacto con servicios de atención específicos a población UDI. Por esto necesita ser abordada de tal manera que pueda acceder a la información y servicios, sin necesidad de reconocerse como inyector/a.

Mezclar sustancias, sobre todo otros depresores como son alcohol, benzodicepinas o metadona, es una práctica bastante extendida. La pérdida de tolerancia tras periodos más o menos largos de abstinencia también ha sido una causa de sobredosis mencionada. Con el objetivo de reducir el alto número de sobredosis que se producen durante o a la salida de los tratamientos de desintoxicación, es fundamental que la gente en tratamiento de metadona conozca los riesgos de mezclarla con heroína y que se hable de la pérdida

de tolerancia a aquellas personas en tratamientos abstencionistas.

En caso de estar con alguien que padece una sobredosis, no se sabe qué hacer. Baños de agua helada, cachetadas y el boca a boca son las respuestas más recurrentes. En casos muy aislados, y por contacto con personal hospitalario se cuenta con naloxona, pero en general se desconoce la existencia de esta sustancia y se piensa que lo administrado en los hospitales es adrenalina. De vital importancia pues, que tanto las personas consumidoras como su entorno cercano sepan qué hacer en caso de sobredosis y puedan disponer de naloxona.

Recurrir a ayuda externa también es complicado. Existe un miedo generalizado a llamar a la ambulancia y mucho más a llamar a la policía por temor a la acusación de intento de homicidio, nada descabellado con la legislación y la actuación policial actual, teniendo en cuenta que existen bastantes denuncias de vulneración de derechos. Es necesario que la intención de auxilio prevalezca sobre los afares represivos, las personas que asisten a alguien en sobredosis deben tener la seguridad de que su ayuda no recaerá en su contra.

Respecto a las pruebas de VIH y VHC son pocas las personas que conocen dónde pueden hacerse la prueba. En el caso de la realización de pruebas es necesario dar un acompañamiento adecuado a todas aquellas personas que lo necesiten. Se

deben tener claras las rutas de atención y dar apoyo psicológico si la persona testeada lo demandara.

Las rutas para acceder a tratamiento de desintoxicación resultan largas y dificultosas. En general se percibe que los programas son insuficientes y no se adecuan a las necesidades de la población usuaria. En el caso de la metadona tal percepción hace que se acabe recurriendo al mercado negro. El caso de las comunidades terapéuticas también es muy grave, existen muchos centros no habilitados que ofrecen tratamiento en los que se vulneran los derechos fundamentales de sus pacientes, llegando incluso a los malos tratos, el secuestro y la tortura. Se hace necesario que la administración ponga en marcha organismos de control que velen por el bienestar de las personas ingresadas en estos centros. Además, las personas usuarias deberían contar con la posibilidad de denunciar este tipo de situaciones. Por otra parte, las personas afiliadas a una EPS con contrato laboral no se fían que se respete su confidencialidad, por lo que aunque se tenga derecho a acudir, no se solicita tratamiento por miedo a perder el empleo.

A diferencia de lo que pasaba en Pereira y Dosquebradas, la mayoría de personas UDI contactadas en la capital suelen tener unos ingresos regulares y alguna forma de cobertura sanitaria, no están en situación de habitante de calle, tienen cierto nivel de estudios y siguen formando parte de un entorno familiar y social estructurado.

A partir de los grupos focales que se organizaron para el diagnóstico, se hizo evidente la necesidad del PAMHI y la demanda por un lugar de encuentro suficientemente desapercibido, como para no poner en riesgo la posibilidad de las personas usuarias de ser identificadas como tal. Situado en un punto céntrico de la ciudad frecuentado por UDI, empieza a tomar forma el *Espacio para la reducción de daños en el consumo de SPA inyectables*.

Estas especificidades se reflejan en el modelo de CAMBIE–Bogotá enfocado, al igual que en Pereira y Dosquebradas, desde una estrategia de pares. Personas en consumo activo forman parte del proceso de diseño e implementación, a través de mecanismos para garantizar su poder de decisión en todos los aspectos que afecten el Programa. De ahí que la coordinación de pares sea parte estructural del equipo. Cada día es un/a par quien gestiona el acceso a material higiénico de inyección. Todos los jueves se reúnen quienes trabajaron como pares durante la semana, con el fin de valorar su experiencia y proponer mejoras para el Espacio.

Además del PAMHI y de un servicio de enfermería, opera la Red UDI para hacer realidad la premisa “nada sobre nosotros sin nosotros”. Su objetivo es ser una red de apoyo mutuo y solidaridad, compartir experiencias, realizar actividades y articular propuestas como primer paso para reivindicar y garantizar el respeto a los derechos de la población UDI y acabar con el estigma y los factores de exclusión que

recaen sobre ella. Al articular mecanismos de representación que permitan incidir en todas aquellas políticas públicas y acciones de las que son objeto, también pretende minimizar las barreras de acceso a servicios sociales y de salud, velar por la adecuación de los tratamientos de desintoxicación, hacer accesible la naloxona a todas las personas usuarias y sus círculos cercano y fortalecer la capacidad de gestión y respuesta ante eventualidades que pongan en riesgo los servicios de atención y/o la población usuaria.

Cada martes se celebra la asamblea de la Red. Sus primeras actividades en el Espacio han consistido en organizar talleres de fotografía y producción radial, cineforos y la realización de un proyecto de cortometrajes llamado “5 sobre H” que pretende sensibilizar sobre las muertes por sobredosis y la posibilidad de minimizarlas con el Programa Piloto de Distribución Comunitaria de Naloxona, puesto en marcha por CAMBIE.

Se ha desarrollado una estrategia realista y efectiva para el abordaje de la reducción de daños en el consumo de heroína y otras SPA inyectables, acorde a las necesidades e intereses de la población UDI. Responde además a una problemática social en continuo aumento que hasta ahora nadie se había atrevido a encarar. En su fase piloto, tanto el modelo de Pereira y Dosquebradas como el de Bogotá ya demuestran resultados alentadores en cambio de hábitos, que es sabido a largo plazo tiene un impacto directo en

la disminución sobre prevalencia de VIH y VHC.

Ambos modelos devienen un referente exitoso replicable en otras ciudades de Colombia y la región. Por lo tanto, resulta imperante garantizar su continuidad y calidad integrando este tipo de iniciativas en la política pública. Para lograrlo, por primera vez en el país se cuenta con una Red de personas Usuarías de Drogas Inyectables como interlocutoras imprescindibles.



5. Marcelo Leal

Jóvenes, de la excitación al 'bajón'

Activista, músico y usuario de sustancias psicoactivas.



“Los jóvenes usuarios de drogas estamos bajo los ojos de todos, pero somos a la vez tan invisibles”

“Dentro de la población de los usuarios de drogas los jóvenes somos los más invisibilizados. No existen políticas, programas o campañas de reducción del daño que vayan orientadas a responder a nuestras necesidades específicas.

Los jóvenes usuarios de drogas no somos abordados con estrategias de prevención del VIH, aunque sabemos que todos los usuarios de drogas, tanto inyectables como no inyectables, estamos en riesgo de contraerlo.

Y si, sufrimos discriminación en todos los ámbitos, en el lugar de trabajo, en la familia y entre los amigos. Esto hace difícil la posibilidad de constituirnos en una red de usuarios, para poder abogar por nuestros derechos y lograr participar en espacios de tomas de decisión que tienen a que ver con nuestra vida.

Primero, hay que tomar en cuenta las necesidades específicas de todos los tipos de usuarios de drogas seguimos invisibilizados y dejados afuera del sistema de salud.

En nuestro país la prevalencia de consumo de éxtasis creció notablemente en la última década. Y, lo que es aún más preocupante, la tendencia ha ido en aumento entre los adolescentes: las encuestas realizadas por el Observatorio

de Drogas a estudiantes de enseñanza media arrojan que el número de estudiantes que probó esta sustancia alguna vez en la vida se ha multiplicado por diez. “Los estudiantes han probado éxtasis en promedio a los 15 años”.

La más difundida de estas drogas sintéticas es el MDMA, popularmente conocido como “éxtasis”, que se consume por vía oral en forma de pastillas. Las dosis usuales varían de los 80 a los 160 miligramos y sus efectos comienzan a manifestarse entre los 30 y los 45 minutos posteriores a su ingestión, alcanzando su pico a la hora u hora y media.

“La sobredosis de MDMA –alerta el informe “Nocturnidad y consumo de drogas sintéticas”– se caracteriza por muy alto pulso o presión sanguínea, espasmos musculares y ataques de pánico que pueden llegar hasta la muerte”. “Al momento del bajón, como en todo bajón anfetamínico, la persona cae en un profundo desosiego por la dificultad para dormir, y es ahí donde entran en juego otras sustancias para calmar esa angustia. El bajón es muy desagradable y va acompañado de la ingesta de otras sustancias con la intención de superar ese momento desagradable”. “El consumo de este tipo de sustancias es siempre un riesgo, porque no sabemos en qué condiciones físicas y psíquicas está quien la consume y qué efectos va a tener en él” Los consumidores, reconocen los riesgos que entraña el uso frecuente de esta clase de estupefacientes: los daños psicofísicos

a mediano plazo, las palpitations, el “mandibuleo”, el agotamiento y las consecuencias cardiovasculares severas. De todas formas, admiten que no siempre es posible controlarse,

“Después de esas experiencias en las que te asustás, es como que uno aprende, como que te empezás a cuidar un poquito más, pero llega un momento en que estás al horno, estás tan metido que no encontrás la manera de ponerte límites porque querés más y más, cuando salís de un boliche te querés ir a un after y después a una quinta o donde sea...”

AL RITMO DE LA MÚSICA ELECTRÓNICA

Como señale, el uso de las drogas sintéticas está asociado actualmente a espacios de ocio juvenil, como las fiestas rave, música electrónica, discotecas y macro conciertos públicos. La laxitud de los controles en esos espacios facilita la comercialización de este tipo de sustancias. “Dentro del lugar no se permite el ingreso de las fuerzas de seguridad, inclusive las ambulancias quedan en la puerta por si se las llega a necesitar. Por lo tanto, dentro del recinto se promociona, se compra y se vende, mientras los organizadores se escudan en que ellos solo venden agua mineral. No son inocentes, sino que tienen mucho que ver con la comercialización de drogas de diseño en la Argentina. Son tan culpables

los que promueven estas fiestas como los que protegen a los vendedores. Son tan homicidas unos como otros”.

“El MDMA importado viene de Holanda y a él tiene acceso únicamente la clase alta. La clase media puede llegar con facilidad al éxtasis español. Los que tienen menor poder adquisitivo suelen comprar el éxtasis fabricado en la Argentina, que es de mucha menor calidad que el holandés”.

El uso de la ketamina ha sido reportado en los relevamientos locales, notablemente en los dos países más grandes del Cono Sur”, explica el documento, en referencia a Brasil y a la Argentina, para la que informa una prevalencia de vida (personas que alguna vez en su vida usaron esta droga) del 0,3% en la población de 12 a 65 años.

La pasta base de cocaína comenzó a ocupar el lugar de la “peor de todas” entre las drogas ilegales, es decir, es la que porta connotaciones más negativas respecto de las consecuencias de su consumo. La PBC es percibida tanto entre los que la usan, como entre sus familias y quienes les dan tratamiento por el consumo, como más adictiva y dañina que el resto de las drogas. Los usuarios muestran un patrón de consumo de diversas drogas además de la PBC. Principalmente, alcohol, cannabis, cocaína en polvo y sedantes.

La pérdida de peso fue el principal problema de salud asociado al consumo de PBC que mencionaron los entrevistados. Una gran proporción había perdido entre el 10% y el 25% de su peso luego de

iniciado el consumo. Los otros problemas son las lesiones orales por el modo y el tipo de objetos que se usan para fumar PBC, así como las complicaciones pulmonares. Además, se halló una prevalencia de VIH de 2.9%; sífilis, 2.4%; Hepatitis C, 2.4%; y Hepatitis B, 3.5%. Los usuarios de PBC, mayoritariamente varones jóvenes, con bajo nivel.

Sin embargo, el paradigma prohibicionista que predomina en las políticas de control de la demanda de drogas, contribuye a obstaculizar la interacción temprana de los servicios sociales y de salud con los usuarios de PBC. Ellos suelen tener una gran distancia de estos servicios y una mayor cercanía con el sistema penal.

Por otra parte, las tensiones en las relaciones de poder, la fragmentación y los conflictos entre las diferentes áreas gubernamentales inciden en la baja calidad y cantidad de información con la que se cuenta para comprender el tema.

Cabe señalar, que esta droga ha irrumpido en el Uruguay con gran fuerza a partir del año 2003, registrándose su penetración fundamentalmente en los sectores juveniles no escolarizados.

Además de la alta magnitud de las prevalencias del consumo de alcohol, los patrones de uso consignados son de alto riesgo.

El consumo de cannabis en la adolescencia y la primera juventud es una realidad

en expansión que, desde hace décadas, forma parte de nuestra cultura occidental actual. No obstante, prácticamente no existe una socialización organizada, armoniosa y razonable para aprender a consumir psicótrópos, no sólo cannabis. Y prohibirlo es algo tan perverso como lo fue, por ejemplo, la prohibición católica de practicar sexo fuera de la estricta reproducción de la especie.

Así, el consumo de cannabis es un hábito históricamente nuevo que aún carece de la profundidad histórica que tiene, por ejemplo, tomar bebidas alcohólicas. Hasta mediado el siglo XX, eran los padres o los padrinos quienes enseñaban a los adolescentes a ingerir alcohol, los usos adecuados y los peligrosos, los tipos y calidades de alcohol, los momentos propicios y los inadecuados, cómo combatir las dolorosas consecuencias de un exceso de ebriedad y un largo etcétera que incluso forma parte de nuestra historia sagrada.

En Uruguay en el 2014 se aprobó la regulación del cannabis, motivado por un grupo de usuarios y profesionales, los usuarios con el discurso de la “reducción de daños” y sacar al usuario de la venta del narcotráfico, pero este discurso así mismo la regulación deja afuera a todos los demás usuarios de las sustancias antes mencionadas, es más, invisibilizándolos y negándolos a menos que posamos ser rentables.

Además esto representara un importante paso adelante para el gobierno en relación

a su comercio no así con los consumidores de esta sustancia y/o los usuarios de otras drogas, en especial los pobres.

En el ámbito de la Educación formal, nuestro país viene trabajando en la definición implementación de lineamientos políticos y estratégicos.

La temática de los usos de drogas toca a todos los uruguayos directa o indirectamente y, por lo tanto, desde el punto de vista de la sociedad como sistema, la educación en sus etapas básicas constituye el lugar privilegiado para comenzar a desarrollar valores y hábitos saludables de vida y por tanto, prevenir los usos problemáticos, acción de previsible resultados favorables permanentes.

Es imprescindible la acción coordinada a todos los niveles que permita la sumatoria de esfuerzos y la conjunción de miradas comunes en un tema que, hace tanto a la vida de los adultos como, de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, encontrándose evidencias científicas de que los primeros contactos con las sustancias, fundamentalmente con las drogas legales, suceden a edades cada vez más tempranas. No obstante, nunca será suficiente insistir en que el uso de drogas no es un tema “sólo de los jóvenes”, máxime cuando a este prejuicio se le suma la discriminación previa, donde se construye la secuencia.

Considero muy importante fomentar el trabajo entre pares, tanto para la reducción del daño como para la prevención del VIH. Lastimosamente cuando hablamos de sustancias ilícitas no podemos contar con calidad de las sustancias.


El trabajo de pares nos ayuda a compartir información: por ejemplo podemos aprender a reconocer si la sustancia es de mala calidad y, en este caso, no consumirla.



6. Oscar Mauricio Montenegro

La educación como factor determinante en el consumo responsable de drogas

Periodista. Docente de Ciencias Médicas y consultor de la Universidad Nacional de Rosario. Consultor en CEADS (Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y SIDA). Miembro de ARDA (Asociación de Reducción de Daños de la Argentina) Coordinador Ejecutivo en RARUS (Red Argentina de Usuarios de Drogas y Activistas) Miembro de LANPUD.



Este papel de posición es parte de un compendio de 11 textos publicados por la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que Usan Drogas, LANPUD. Para descargar otros documentos puedes acudir a: www.lanpud.net

«La Educación no cambia el mundo: Cambia a las personas que van a cambiar el mundo». (Paulo Freire)

Durante los últimos años estudios científicos intentan dilucidar los beneficios o daños que provoca el consumo de cannabis en la salud de las personas sin lograr un acuerdo. No obstante es posible encontrar consensos con respecto a que el inicio en la relación con la marihuana y otras drogas generalmente se produce a partir de la adolescencia. Probablemente el cannabis sea la sustancia ilegal mas usada por los jóvenes de hoy, aunque irrefutablemente las drogas más usadas sean el alcohol y el tabaco.

La Organización Mundial de la Salud publica cada cuatro años los resultados de su encuesta sobre conductas saludables entre los adolescentes escolarizados de docenas de países. Preguntando a 200 mil jóvenes voluntarios de entre 11 y 15 años se logra calcular en promedio los niveles de consumo de marihuana entre este grupo poblacional. Los últimos datos se dieron a conocer durante el año 2012 y ubica a los adolescentes canadienses (33%), checos (30,5%) y suizos (29,5%) en los tres primeros lugares de la lista que comprende a los países considerados “desarrollados”, seguidos por Estados Unidos (28%) y España (27,5%).

Las cifras muestran que alrededor de una tercera parte de los jóvenes escolarizados han consumido marihuana. La OMS también asegura que los varones

encabezan el uso de la planta con 30%, mientras que en las mujeres promedio fue del 25%.

Posiblemente el dato más importante de la encuesta es que a más de una década de haber modificado sus políticas sobre drogas en pos de la descriminalización, Portugal aparece muy lejos de aquellos que sobresalen en la lista, con solo el 12%. Todo análisis en cuestión sugiere que el gobierno portugués ha acompañado sus políticas de drogas con trascendentes programas de educación, que en su conjunto parecen ser evidentemente más eficaces que la prohibición o el tabú. También es plausible de señalar el caso de Noruega, país que ocupó los lugares más bajos en todos los resultados de la encuesta y en donde el sistema educativo está orientado a permitir que los jóvenes construyan criterios propios mediante un sentido de discernimiento en lugar de respetar ciegamente estrictos marcos de reglamentación.

Educación tiene que ver con estimular el juicio y la responsabilidad de los jóvenes con respecto a su propio cuidado ante el uso de drogas. Siendo imprescindible que se proporcionen las herramientas necesarias a fin de generar políticas educativas que estimulen la promoción de la salud y la prevención en el consumo de drogas, como así también, implementen dispositivos para la reducción de riesgos y daños en las estructuras formales de salud y educativas.

Las sociedades “evolucionan” hacia los modos establecidos por las leyes del mercado y la concreción del sujeto social se somete hasta quedar anclada en el consumismo. El sistema educativo ante estas circunstancias debería optar por obrar un rol mayoritariamente activo y de resistencia transfiriendo a los más jóvenes valores sociales que escapen a los discursos ortodoxos y moralistas.

Es imperioso que aquellos adolescentes que decidan iniciarse en el consumo del cannabis como de otras drogas puedan hacerlo con conocimientos acabados sobre sus efectos y las maneras de privilegiar el cuidado de la salud y eventuales problemas con la justicia.

La guerra contra las drogas sin lugar a dudas ha fracasado y ahora se inicia una nueva etapa: la de ciudadanos responsables en su relación con las drogas. Ya no basta con propiciar leyes mas laxas que legalicen, despenalicen y regulen el consumo por parte del Estado; hoy es necesario que se eduque desde la más temprana edad en los ámbitos educativos de cada país. De esta manera se podría modificar la concepción cultural sobre aquellos que consumen drogas, y la marihuana no es una excepción. Educar para evitar las barreras sociales contra la estigmatización y la discriminación es tan fundamental como incursionar en la germinación de un modelo de ciudadanos consientes de sus usos y responsables de sus acciones.

EL CAMBIO DE PARADIGMA

Las sociedades modernas occidentales se han desarrollado dentro de los marcos impuestos por el sistema capitalista. El sujeto social varió de ciudadano a consumidor, y las leyes de mercado conjuntamente con el sistema financiero jerarquizaron las economías neoliberales por sobre el Estado de Bienestar.

La globalización se inmiscuye en lo más profundo de las idiosincrasias culturales y los valores sociales; consolidándose así un mundo cada vez menos heterogéneo con comunidades más desiguales y ocupadas en satisfacer necesidades innecesarias y ficticias. La adquisición de artículos y productos industrializados incrementa el sentimiento de dependencia material en detrimento del medio ambiente y la calidad de vida; promoviéndose la adquisición competitiva de riqueza como signo de status y prestigio dentro de un grupo social.

En este contexto el inicio en el consumo de drogas puede ser problemático y requiere de atención. Los jóvenes son constantemente franqueados por la idea del éxito y la acumulación de capital, pero cada vez más a menudo se ven frustrados debido a la marginación social y a la pobreza que avanzan a paso acelerado. La educación en crisis, la falta de expectativas laborales y la ausencia de políticas de contención generan un coctel de inestabilidad emocional y la ausencia de protagonismo en la construcción del

futuro propio. La utilización de drogas adquiere un valor distorsionado entre los jóvenes que depositan en su consumo expectativas de pertenencia social y un rol artificioso. Surgiendo como una muleta en la cual el joven ya no se apoya para experimentar nuevas sensaciones o alterar la conciencia, sino que lo hace con el fin de encontrar un lugar en la sociedad que constantemente lo expulsa.

Pareciera que el inicio en el consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social es más problemático que en sociedades donde las brechas sociales son menores. Del mismo modo las políticas educativas y las acciones en reducción de daños y riesgos suelen ser inexistentes. Esto sólo podría revertirse en sociedades en las que se construyan estrategias destinadas a que las personas consuman los productos y los servicios de manera racional, en dependencia de sus necesidades reales; siendo necesario que las diferencias dentro de la pirámide social se reduzcan al mínimo.

LA EDUCACIÓN UN FACTOR DECISIVO

La educación es vital para el normal desarrollo de las capacidades personales. El avance de la pobreza, el desempleo y la falta de sustentabilidad generan profundas grietas en la composición social de las comunidades del mundo. Pocos tienen mucho y muchos no logran satisfacer sus necesidades básicas y la experiencia reiterada de fracasos en las interrelaciones sociales conduce en

general a la desesperación y a la depresión. En contraste, cuando las relaciones en el hogar, la escuela, el trabajo y con los amigos son promisorias, apacibles y colmadas de confianza, la persona se siente fuerte y optimista. La capacidad de disfrute, el deseo de progresar y los niveles de energía se acrecientan. La educación basada en la contención y la confianza entre unos y otros permite adquirir un contacto humano enriquecedor. El inicio en el consumo de sustancias psicoactivas en un contexto afable y con las herramientas necesarias fundadas en una educación participativa estará basado en la experimentación, en el reconocimiento de la realidad y en la identificación personal; propiciando ante aquellos jóvenes una experiencia responsable y gratificante.

CONCLUSIÓN

El consumo de drogas es un tema que no debería escapar a las políticas sanitarias y a las estrategias educativas en cuanto a la información y la contención de los más jóvenes que se encuentran transitando sus primeros pasos en la vida autónoma y ciudadana. Es imprescindible que se agudicen las campañas preventivas a partir de un discurso acorde a las coyunturas y el contexto social actual; que la promoción de la salud sea una cuestión cotidiana en los espacios de formación educativos pero también en el seno mismo del grupo familiar.

La Reducción de Riesgos y Daños ante aquellos jóvenes que deciden dar sus

primeros pasos en el consumo de drogas debe ser ineludible. Brindar la información necesaria despojada de tabúes y moralinas permitiría que la experiencia psicoactiva se transite con responsabilidad y conocimiento.

No podemos seguir tapando el sol con el dedo. A diario los jóvenes del mundo entero experimentan con drogas más allá de las leyes punitivas poniendo en riesgo su integridad como ciudadanos. Ésta es una realidad palpable y las políticas de Estado no pueden estar al margen de ello. El desafío está planteado y la responsabilidad es de todos nosotros.

ANEXO DE SITUACIÓN

Breve resumen sobre la acción de organizaciones con respecto al activismo en cuestiones vinculadas al consumo de droga y la importancia de la educación como factor determinante.

El origen de la **Reducción de Daños** se ubica en Argentina en la década de los '90 cuando aparecieron alternativas profesionales identificadas con la perspectiva del usuario de drogas, denominadas "*modelo de la aceptación*" en respuesta a dos factores principales: Por un lado el problema de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDIs); y por el otro la sospecha creciente de que las estrategias adoptadas hasta el momento no habían mejorado la situación, y que en la generalidad de los casos, habían tenido el efecto no deseado al aumentar los daños asociados al uso de drogas.

Entonces la Reducción de Daños se desarrollaría a partir del trabajo mancomunado de profesionales avocados al estudio de estrategias sanitarias innovadoras conjugadas con basamentos de acción en derechos humanos y que focalizan en los problemas que surgen de las políticas prohibicionistas.

Es de esta manera que se realizan acciones en conjunto con usuarios de drogas a fin de instalar e impulsar como premisas la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades asociadas al consumo de drogas, principalmente aquellos que viven con VIH/SIDA, y la reducción de daños y de riesgos.

La creciente infección de VIH/SIDA por parte de usuarios de drogas inyectables genera que el Estado adhiera tímidamente a las novedosas estrategias de Reducción de Daños. En esto influye la creciente organización de activistas y la aparición de organizaciones no gubernamentales que focalizan su acción de terreno en la población más vulnerable, siendo estos, los usuarios de drogas.

En el año 2002 en la ciudad de Rosario se realiza la primera manifestación de activistas, usuarios de drogas y profesionales vinculados a la temática. Tienen como consignas la modificación de las leyes que regulan las drogas (ley 23737), y la necesidad de ser considerados en las estrategias de salud. Esta marcha enmarcada en la Millón Marihuana March (MMM) se realiza de manera ininterrumpida desde aquel

entonces y se ha propagado en más de 100 localidades, pueblos y ciudades de la República Argentina.

De modo progresivo el activismo se informa y se instruye en los modos de consumo disminuyendo riesgos y daños tanto desde aspectos vinculados a la salud como aquellos que atañe a los derechos civiles y la seguridad jurídica.

Con el tiempo el activismo se profesionaliza y suma adeptos en gran parte del país apareciendo diferentes organizaciones en la temática. También adhieren a la causa antiprohibicionista importantes referentes del orden público como: políticos, artistas, profesionales de la salud, referentes sociales, etc. Todos ellos coinciden en la necesidad de modificar las leyes que regulan la producción, el acopio y el consumo de las drogas consideradas ilegales.

Con el devenir del tiempo también surge el activismo de los sectores cannabicos que aportan su grano de arena y proclaman fundamentalmente el derecho al acceso medicinal de la marihuana y el autocultivo.

Durante los últimos años se logró con la participación de la considerable mayoría de los sectores organizados visibilizar la problemática real de las personas que consumen drogas, como así también fijar una agenda de acciones y objetivos. Lamentablemente estas iniciativas no obtuvieron el apoyo esperado por parte de los legisladores ni lograron generar el

quórum necesario para lograr el estado parlamentario de los cuantiosos proyectos presentados a fin de modificar la ley 23737. Tampoco se avanzó demasiado en las estrategias de contención efectiva de los usuarios de drogas.

Una estrategia de **reducción de daños** debería involucrar una amplia variedad de tácticas. *“Puede incluir el cambio de las sanciones legales asociadas al uso de drogas; puede mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios de tratamiento; puede generar servicios directos para los usuarios de drogas y sus redes sociales en las comunidades; puede tender a cambios en la conducta de los usuarios de drogas por medio de la educación; puede también dirigirse a modificar la percepción social acerca de las drogas y de los usuarios de drogas”.*

Ante lo expuesto estamos persuadidos de que existen posibilidades de modificar las leyes de drogas a partir de generar y multiplicar el empoderamiento de derechos por parte de los principales perjudicados de la guerra contra las drogas, los usuarios de las mismas drogas. Y para ello se debería trabajar en la formación y profundización integral de conocimientos que aporten a mejorar la calidad de vida de los mismos. Además es necesario fortalecer el activismo organizado y promover la formación cualitativa de estos. Pero estas medidas por sí solo no parecerían alcanzar, por lo cual se debería potenciar las estrategias de promoción de la salud, la prevención

de las enfermedades y la reducción de daños y riesgos, focalizando acciones entre aquellos que se inician en el consumo de las drogas, y esto por lo general sucede entre los más jóvenes. Siendo posiblemente el mejor espacio para la elaboración de estrategias con respecto a la comunicación, la formación y la contención; el sistema educativo formal e informal; tal cual se fundamenta en la extensión del presente texto.



7. Lidiana Velia Formica

La Formosa que no se ve

Lidiana es activista y promotora Comunitaria en VIH y ETS. También es miembro de la Red Argentina por los Derechos y Asistencia de los/as Usuarios/as de Drogas (RADAUD) / Formosa



Argentina tiene una de las tasas más altas de sida por uso de drogas en el contexto de América Latina.

Aun cuando los registros epidemiológicos estarían indicando una disminución del uso de drogas inyectables en los últimos años, el consumo de drogas incluso el alcohol, ha tenido un crecimiento desbordante en el interior del país. Es por esta razón que junto a compañeros/as de otras ciudades, nos propusimos instalar y afianzar actividades de prevención de la transmisión del VIH mediante estrategias de reducción de daños en UD.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE FORMOSA

Formosa es una provincia argentina, situada en la Región del Norte Grande Argentino, con un total de 573.823 mil habitantes según estadística hasta el 1 de julio del 2014. Limita al oeste con la provincia de Salta, al sur con Chaco y al este y al norte con Paraguay.

Se extiende entre los paralelos 22° y 27° de latitud sur y los meridianos 57° y 63° de longitud oeste de Greenwich. Es atravesada, en su zona norte, por el trópico de Capricornio que la ubica en la región tropical del país. Ocupa gran parte del Chaco Central.

Es la tercera provincia argentina más pobre, la tercera de menor índice de desarrollo humano y la segunda de menor PBG per cápita del país, al superar

a la vecina provincia del Chaco. El 17 % de la población provincial es indigente, mientras que el 42 % de la población vive bajo la línea de pobreza. Según datos generados por la Encuesta Permanente de Hogares que realiza el INDEC, en 2010 la Ciudad de Formosa tuvo el segundo índice de desempleo más bajo del país con un 2,2 %.

La ciudad se divide en dos sectores bien diferenciados por el riacho Formosa. El margen izquierdo comenzó a poblarse en la década de 1980, teniendo una población estimada de casi 95 000 habitantes; y el margen derecho, en donde se concentra la mayor parte de la población.

En los últimos años el crecimiento demográfico ha sido explosivo, y ese crecimiento se refleja en la creación de nuevos asentamientos urbanos que han sobrepasado los límites de la planta urbana. Es el caso del nuevo asentamiento denominado Nueva Formosa. La urbanización se ubica al sudoeste de la ciudad, a unos 9 km del centro.

Al sur, siguiendo el trazado de la ruta nacional N° 11, se están poblando nuevos barrios como el Pompeya, y el Villa del Carmen, que totalizan un total de casi 7000 habitantes ambos, y a una distancia de 20 km del centro. En la zona norte de la ciudad también van proliferándose nuevos barrios como el Antenor Gauna, el 20 de julio y otros, con una gran densidad poblacional. A 10 km siguiendo al norte de la ruta N° 11 se encuentra el

Barrio Nanqom, habitado por miembros de la comunidad Toba de la región, donde funcionan una escuela, un centro de salud y una delegación policial.

Por ello lo complejo que resulta el abordaje de las adicciones en una provincia como Formosa, por su ubicación especial en la región, su gran conglomerado de habitantes y su extensa frontera con Paraguay, lo que sin dudas hace que el trabajo deba ser mucho más intenso.

Cuando hablamos de personas viviendo con VIH y personas adictas, tenemos una amplia gama de problemáticas al respecto, pero solamente me enfocaré en las metas de dar una mejor respuesta a la salud y a los derechos de las mujeres viviendo con VIH en la provincia.

La pregunta general que orientó es saber quiénes son las personas que hoy, se están infectando con el VIH: cómo es específicamente la vulnerabilidad femenina a la infección, en qué contextos conocen su diagnóstico, cómo ha sido la ruta de transmisión del virus, cuándo y cómo acceden al testeo y eventualmente al tratamiento, cuál es el impacto inicial de la noticia.

Cuando hablamos de vulnerabilidad entendemos el concepto de que designa un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados a una mayor susceptibilidad de individuos y comunidades a un padecimiento o perjuicio (agravo) y, de modo inseparable,

menos disponibilidad de recursos para su protección.

La situación de vulnerabilidad social y de precariedad que enfrentan cotidianamente la mayoría de las personas viviendo con VIH se evidencia en sus respuestas vinculadas con la frecuencia con la que en sus hogares escasean los alimentos necesarios. El 28 por ciento no cuentan con el dinero para la compra de alimentos, es una preocupación permanente en sus respectivos hogares, mientras que el 49 por ciento les suele ocurrir, aunque no siempre. En contraposición, sólo una de cada cuatro personas viviendo con VIH reside en hogares donde disponen de los recursos necesarios para afrontar los gastos familiares de alimentación. La inmensa mayoría de las personas infectadas se atiende en el sistema público, dada la modalidad de recolección de datos del estudio, y por ende hay un sesgo que reduce el peso de las personas infectadas de clases media-alta y alta.

La mayoría de las personas viviendo con VIH, son nacidas en el país (93%), y el 7 por ciento restantes oriundas de países limítrofes como Paraguay. En cuanto a la situación conyugal, el 38 por ciento está en unidas, y un 10 por ciento casada. El resto, son mayormente solteras/os (28%), seguidas por separadas/os y divorciadas/os (17%) y viudas/os (6,5%). El 75 por ciento tiene hijos/as. Alrededor del 11 por ciento de las personas infectadas

vive sola, el resto vive mayoritariamente con su pareja y/o con sus hijos. Arreglos familiares que incluyan a los progenitores tienen baja incidencia. En promedio, las mismas viven en hogares con 3,84 miembros, y son en proporciones iguales ellas o su pareja la principal proveedora económica de su hogar.

La mayoría vive en casas, casillas o ranchos, si bien una proporción algo menos de la mitad es propietaria/o de la vivienda, mientras que el resto la alquila o se la han prestado. Además del tipo de vivienda, otro indicador relevante a la calidad de vida de las personas viviendo con VIH es la condición de hacinamiento de sus hogares. Algo más de la mitad reside en hogares hacinados: 22 por ciento con hacinamiento crítico (es decir, tres o más miembros por ambiente del hogar) y 30 por ciento adicional con hacinamiento moderado (es decir, en promedio entre 2 y 3 miembros por ambiente del hogar). Menos de la mitad trabaja, y la mayoría de ellas en trabajos precarios que carecen de cobertura y beneficios sociales. El 70 por ciento carece de cobertura en salud, más allá de la atención pública. Sólo el 23 por ciento tiene obra social (a través de su propio empleo, o a través de su cónyuge o algún familiar), y una pequeña proporción dispone de un servicio de emergencia o de una cobertura privada.

Con respecto al diagnóstico y testeo se exponen los resultados acerca del contexto del diagnóstico positivo y la

atención recibida en los momentos previos a recibir el diagnóstico, así como en la propia situación del testeo y los momentos inmediatamente posteriores. Las situaciones individuales de vulnerabilidad de algunas personas respecto de la infección por el VIH, fueron situaciones hostiles inmediatamente antes o en el momento mismo del parto (en el caso de las mujeres), que dan cuenta de la atención en VIH y de la experiencia del gestar y parir que algunas mujeres transitan en contextos hospitalarios: reciben el resultado positivo sin ninguna confidencialidad, no les dan información ni contención, los servicios desconocen lo delicado del momento como para enfrentar tantas fuentes de incertidumbre a la vez.

Todos esperaban que yo salga de ahí [luego del parto] para que yo vaya a infectología y después empiece todo, y así fue. Dijeron que iba a venir una psicóloga, nunca llegó la psicóloga, nunca llegó el médico infectólogo, nada. Y encima estuve como más de un mes, creo que estuve, no, un mes. Internada. Internada. No vino... ¿Dónde estabas internada? En el hospital P. Nunca vino el psicólogo, que me vieron todos re llorando, estaba toda la junta de médicos, no sé si hasta el director, estaban todos y le dijo: "No, le di el diagnóstico, por eso está así", estaban todos los doctores: los residentes, los médicos, los ginecólogos, el obstetra, no sé, estaban todos ahí, estaban en una fila así, yo estaba en la cama re tirada, re llorando y, nada, eso fue hasta que me levanté... Menos el infectólogo. Menos el doctor infectólogo

que... *Psicólogas tampoco. No, nada. En ese momento, hasta que vino mi hermana, yo no recibí el consuelo de nadie, que me hizo así: "Basta Lau, ya está, ya pasó" o algo, no recibí nada.*
(Laura, 27 años)

Algunos de los infectados brindan información sobre en qué medida predominan elementos de preocupación individual frente a conductas o situaciones de riesgo (por ejemplo si se fue a realizar el test porque había tenido relaciones sexuales sin preservativo o porque había compartido una jeringa o sustancia al inyectarse drogas); en qué medida se trató de algún examen de salud específico o más general (descubrimiento del diagnóstico en un análisis voluntario de rutina o en un chequeo médico general, en un control de embarazo o en un examen prenupcial), o una detección tardía a partir de la aparición de síntomas, o alguna otra circunstancia. Otras personas no quieren hablar de la situación por una cuestión de auto-marginalidad.

La falta de consejería pre-test y post-test y la falta de confidencialidad al comunicar el resultado no son circunstancias excepcionales, las personas viviendo con VIH, resienten esto como una falla dolorosa del sistema de salud para con ellas.

Según informa el Programa Nacional de SIDA (Fuente: Programa Nacional de Lucha contra el vih/sida - Ministerio de Salud de la Nación sobre los casos notificados personas viviendo con vih/

sida entre el año 1982/agosto 2003) un porcentaje importante de las personas infectadas por el vih (36%) lo fueron por vía intravenosa, sin perjuicio de que las estadísticas no nos permiten distinguir en la franja de transmisión por vía sexual.

La ingesta de drogas, legales o ilegales, es facilitadora de la transmisión del virus. Ante tal fenómeno, el Estado sólo ha respondido con políticas públicas basadas en las lógicas médicas y jurídicas, limitando seriamente el derecho a la salud de la población en general y de los usuarios de drogas en particular".

Entonces, la incriminación del uso de drogas ha contribuido al crecimiento del virus del vih/sida en la Argentina, pues dificulta de modo ponderable las actividades de asistencia y prevención, a lo que se suma la ausencia de estrategias alternativas.

En el Plan de Acción aprobado en 1999 para aplicar la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas de la UNGASS [*Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el vih/sida*], los países se comprometieron a ofrecer "todo el espectro de servicios, incluida la reducción de las consecuencias perjudiciales para la sociedad y la salud del uso indebido de drogas".

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) dictó la Resolución n° 351/2000 influenciada por la Resolución n° 44/3

(año 2000) de la Asamblea de Naciones Unidas, que entre otros requerimientos, “pide a los Estados Miembros que conciben estrategias y amplíen el acceso y la disponibilidad de los servicios.

Resulta evidente, que de no modificarse la legislación vigente en materia de drogas, ésta seguirá contribuyendo a la expansión del virus. “En los últimos años el uso y el abuso a las drogas ha venido tomando nuevas formas.

Los problemas ocasionados por las condiciones en las personas que usamos drogas se han mostrado mayores que los problemas ocasionados por la droga misma. Condiciones de ilegalidad, marginalidad y estigmatización. Condiciones de insalubridad y desinformación”.

La buena o mala suerte establece quién será el médico o médica tratante: “cuando te toca una, te toca”, y en ese azar se juega gran parte de cómo será afrontado el diagnóstico y, cuando sea necesario, el tratamiento. Así como son referidos malos tratos por parte de enfermeras, distancias y “asepsias” hostiles de parte de los médicos, también se reconoce a aquellos/as profesionales que explican con paciencia, que tranquilizan y que acompañan. Buenas o malas atenciones hacen la diferencia. De todos modos, existen reiteradas barreras burocráticas, como los tiempos para sacar los turnos, dificultades al tramitar los pases de transporte o las bolsas de alimentos. Nuevamente, la suerte está a la orden

del día, algunas personas infectadas con VIH, desconocen la existencia de una Ley Nacional de Sida ni los derechos de las personas viviendo con VIH (o de cualquier paciente, o cualquier ciudadana), sino que la posibilidad de acceder a alguno de los beneficios que contempla la ley está atada al “darse maña o al “conseguir” algo.

Esta realidad nos empuja a buscar nuevas respuestas. Respuestas que deben ser pensadas desde una lógica diferente. Desde el paradigma del respeto por las diferencias y los derechos humanos de todas las personas, consuman o no drogas, y desde una política de salud incluyente, que resuelva o al menos reduzca los problemas y los daños asociados al consumo de drogas, y no que los incremente.



8. Matias Lanfranco

Los profesionales de la salud y el uso de drogas como problemática: El placer como un derecho

Médico especialista en Anestesia, Analgesia y Reanimación.
Docente en la Facultad de Ciencias Médicas -El médico de APS
frente a la problemática de la drogodependencia-, en la Carrera
de Postgrado de Anestesiología y Consultor médico en el Centro de
Estudios Avanzados de Drogodependencias y Sida, de la Universidad
Nacional de Rosario. LANPUD.



Este papel de posición es parte de un compendio de 11 textos
publicados por la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas
que Usan Drogas, LANPUD. Para descargar otros documentos
puedes acudir a: www.lanpud.net

Este texto pretende generar disparadores que permitan reflexionar sobre el uso de sustancias psicotrópicas como un asunto de salud. También plantear interrogantes sobre la relación que se establece entre el sistema de salud, la sociedad y los usuarios de sustancias. Compartir conceptos sobre la fisiopatología de la adicción y algunas especificaciones sobre las drogas y su relación con el placer.

Además, intentar instalar en la agenda colectiva la importancia de establecer como prioritaria la formación de los profesionales que integran el sistema de salud respecto a los usuarios de drogas desde la reducción de daños. Cualquier cambio de leyes y políticas de drogas que pudieran lograrse, difícilmente se traduzcan en resultados concretos y venideros si no involucramos a los recursos humanos del sistema de salud en la problemática. El consumo de drogas es un asunto de salud, por lo tanto es necesario plantearnos qué entendemos por *salud*.

Como es frecuente escuchar de diferentes actores sociales definiciones desacertadas o insuficientes sobre salud, es interesante recordar que la Organización Mundial de la Salud la define como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Sin embargo la salud no es un concepto particular, no se reduce a una sola definición. La salud es una *construcción sociocultural*, en un momento histórico determinado.

Cuando la interpretamos y concebimos desde un enfoque de equidad y de derecho, el abordaje se complejiza.

¿DE QUÉ MANERA CONSTRUIMOS LAS CARACTERÍSTICAS DE ESE DERECHO?

La salud, constituida como un derecho humano, es un conjunto de garantías jurídicas universales que protegen a individuos y grupos contra acciones que pudieran interferir en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana. Todos los derechos humanos son universales. La disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad son elementos interrelacionados y esenciales del derecho a la salud.

La vida es el bien máspreciado de todo ser humano, y por ello no sorprende que el derecho a existir sea el primero y más básico de todos los derechos humanos reconocidos.

El derecho a la salud apunta no sólo a la preservación de la vida sino también a la calidad de vida. Toda persona tiene derecho al *disfrute* más alto de su salud física, mental y social. Mencionar el disfrute nos lleva a pensar en el *placer como un derecho*.

Cuando intentamos concebir al *placer como un derecho* nuestras intervenciones deben ser construidas desde un enfoque integral.

Así como el pensamiento del ser humano se fue desarrollando de manera exponencial a lo largo de la historia, también se ha complejizado el ejercicio del placer.

Se han intentado explicar las características de la relación entre el placer, los individuos y el contexto sociocultural de diferentes formas. Desde la *ciencia evolutiva*, el placer se ubica como un aspecto beneficioso para la especie, como un *mecanismo de supervivencia*.

Asimismo, y durante largos años, se ha estudiado al placer a través del método científico desde un enfoque fundamentalmente circunscripto en el campo de la anatomofisiología y neuroquímica: Un área específica de nuestro cerebro llamada *núcleo accumbens* es nuestro centro de recompensa. Es estimulado principalmente por la dopamina y se encuentra interconectado con la corteza y redes nerviosas relacionadas con la memoria y las emociones. A partir de allí, se construyen las sensaciones placenteras.

Sustentado en estos principios, se elaboran teorías que intentan explicar la manera en que se origina una relación problemática con las percepciones que generan el placer: Cualquier situación que sea capaz de generar *disfrute* constituye -en sí misma- un potencial adictivo. Debemos analizar las distintas variables (las características del individuo, la sustancia, la actividad y el contexto sociocultural) que determinan una

relación problemática con nuestro centro de recompensa.

El tratamiento que suelen tener, en cambio, las religiones occidentales con respecto al *placer*, está orientado e íntimamente ligado a la construcción de la *culpa* y al desarrollo de la legitimación de la idea de lo *punitivo* como herramienta de construcción social.

A lo largo de la historia distintas corrientes filosóficas han abordado la temática del placer de forma diversa, considerando el placer como una forma de felicidad.

En la actualidad, en Argentina y otros países donde predominan las pautas de una *modernidad capitalista* y con el amplio desarrollo del neoliberalismo, el placer se traslada a la esfera de la propiedad privada, relacionándose mayormente con la adquisición de bienes materiales.

Se genera una asociación entre felicidad y consumo, y un vínculo entre el placer y los objetos. Se produce una alienación del placer, posicionándose fuera de nuestro interior. Paralelamente, el sistema capitalista conlleva a la desigualdad. Porque las personas tienen un acceso desigual al mercado de consumo. Asimismo, se fomentan conductas compulsivas que funcionan como generadores de *comportamientos adictivos*.

En definitiva, la existencia de múltiples corrientes sobre el placer plantean

diversos disparadores: ¿Desde qué perspectiva se generan el conocimiento y las intervenciones relacionados con el placer? ¿Cuál es el paradigma sobre el que se debiera sustentar la construcción del placer como un derecho? ¿Cuáles serían herramientas legítimas en esa búsqueda? ¿Es posible pensar en el placer sustentable?

ADICCIONES. CONSUMO PROBLEMÁTICO.

Existen diversos modelos que intentan explicar el origen de las adicciones: Modelos biológicos, psicológicos y sociales.

Algunos modelos biológicos son: El *modelo de la enfermedad* –que se sustenta en la hipótesis de la predisposición o vulnerabilidad genética; el *modelo de la automedicación* –que propone pensar la etiología desde una psicopatología subyacente que provoca la búsqueda de la automedicación como herramienta resolutoria; y el *modelo de la exposición*, que estudia la propiedad de refuerzo positivo que tienen las drogas psicotrópicas y su interacción con el centro de recompensa.

Desde la perspectiva psicológica se plantean varios modelos de los cuales destacaremos: El *modelo de aprendizaje social o modelado*, que considera que la problemática surge a partir de un referente o un patrón a imitar; el *modelo de adaptación* en el que asocia al consumo con enfrentar situaciones adversas –también llamado síndrome de Popeye–; y el *modelo social de Peele*, que relaciona el consumo de sustancias desde una

prégona a partir de la cual se construye una ideología o filosofía al respecto.

Como modelo sociológico podemos mencionar al *modelo de asociación diferencial*, que analiza –desde la teoría del apego– el delicado equilibrio entre el abandono y la sobreprotección, y la influencia que ejerce la figura parental en la construcción del sujeto y en sus carencias.

Asimismo, es oportuno mencionar que existen innumerables factores individuales, microsociales y macrosociales que influyen en la fisiopatología de las adicciones y en el desarrollo de dependencia física, psicológica y social, que su tratamiento en profundidad exceden los propósitos del presente informe.

Como se ha mencionado, cualquier situación que sea capaz de producir placer supone un potencial adictivo, incluyendo el uso de sustancias psicotrópicas.

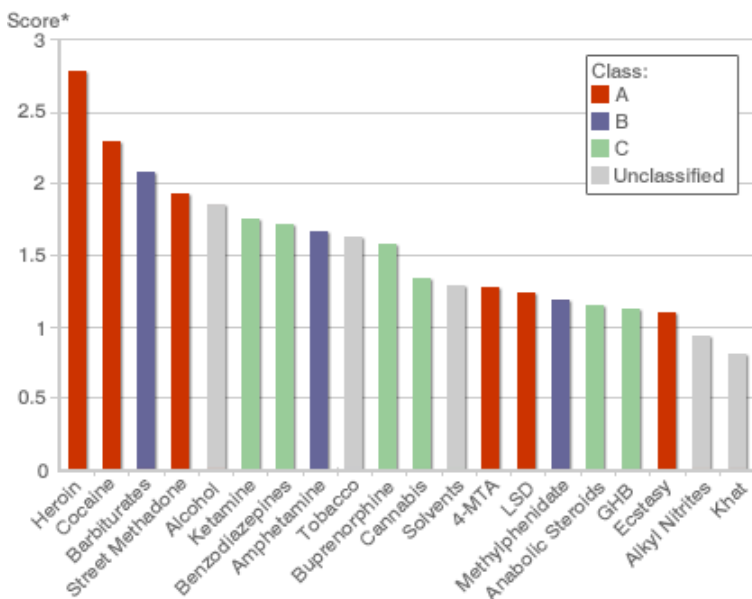
En este sentido, la ciencia ha estudiado la capacidad *per se* de producir adicción que poseen las diferentes sustancias independientemente de los factores anteriormente mencionados. Se construyen conclusiones a partir del estudio de los cambios neuroquímicos que provocan las sustancias sobre nuestro sistema dopaminérgico de recompensa. Se afirma que el *potencial adictivo* está determinado por el *refuerzo positivo* –capacidad de estimular el centro de recompensa– y el *refuerzo negativo* –capacidad de producir sensaciones negativas luego del consumo–.

En este sentido, se elaboran clasificaciones con el fin identificar cuáles drogas tienen mayor probabilidad de promover un consumo problemático; ubicando -por ejemplo- a la nicotina o heroína con un alto potencial adictivo y a sustancias psicodélicas o enteógenas -como el LSD, Ayahuasca, Salvia divinorum o inclusive el cannabis- con un potencial relativamente bajo.

un gráfico, elaborado por un comité de expertos independientes, el cual se confeccionó a partir de un score que evalúa el impacto que producen las sustancias en los diferentes sistemas de nuestro organismo; elaborando una calificación que puntúa de forma numérica la capacidad de producir daño. Ubicando a la heroína, cocaína o barbitúricos como los más nocivos.

En otro orden de cosas, en relación al efecto nocivo de las drogas, es interesante compartir

Pero lo más interesante aún del gráfico son los colores de las barras que permiten



*Mean harm rating by independent experts

SOURCE: SCIENCE SELECT COMMITTEE

comparar la situación legal de las sustancias en los Estados Unidos (clasificación FDA) con la nocividad, evidenciando que sustancias con baja nocividad (por ejemplo el éxtasis o el LSD) se encuentran prohibidas, y drogas con una nocividad mucho mayor como por ejemplo el alcohol o tabaco son legales.

Este tipo de estudios dan la pauta de que el hecho de que algunas drogas sean legales o ilegales, responde a motivos exclusivamente políticos. No hay fundamentos científicos al respecto.

PREVENCIÓN: PROFESIONALES DE LA SALUD FRENTE AL USO DE SUSTANCIAS.

La mayoría de los usuarios de drogas psicoactivas no desarrolla un consumo problemático. No obstante, resulta primordial instalar estrategias adecuadas de prevención primaria, secundaria y terciaria. En nuestro medio, las políticas de prevención son insuficientes, y están generalmente construidas a partir de la *“estrategia del medio”* o *“de los efectos”*; herramientas demostradas determinantemente como ineficaces y nocivas.

En este sentido nuestras intervenciones están centradas en la psicoeducación preventiva y reducción de daños. Consideramos que es prioritario intercambiar y compartir herramientas cognitivas a los profesionales de la salud y a la sociedad para que cada uno pueda procesar positivamente su relación con las drogas.

Desde nuestra experiencia en diferentes ámbitos, observamos que muchos profesionales de la salud de la Argentina, desconocen que la mayoría de los usuarios de drogas no desarrollan un consumo problemático. También existe una amplia desinformación sobre la Reducción de Daños. Asimismo, se suelen ignorar las diversas miradas del universo del placer, en el que se incluye, por supuesto, el uso de sustancias.

Cuando los usuarios con dificultades se acercan al sistema de salud, la respuesta es insuficiente. No solo no se logra intentar resolver la problemática, sino en muchos casos también promueve su profundización.

En nuestro país, la situación no se aborda desde un enfoque integral. No existe un desarrollo y financiamiento adecuado por parte del Estado, agravado también por el enfoque jurídico de la problemática donde posiciona al consumidor desde un rol victimario.

Desde diversas áreas donde tenemos la oportunidad de tener injerencia (espacios académicos, legislativos, órganos ejecutivos y entidades intermedias relacionadas con la salud y el ejercicio de la profesión) intentamos instalar dentro de la agenda colectiva un cambio de las políticas de drogas, batallando en contra del prohibicionismo y la óptica punitiva, y promoviendo el desarrollo de un sistema de salud que pueda relacionarse con los consumidores de una manera

positiva. También bregamos por una mayor profundidad del conocimiento respecto a los diferentes tipos de sustancias psicotrópicas, las diferentes formas de consumo y la fisiopatología de las adicciones.

Existen dificultades atravesadas por diversos y poderosos intereses. De todos modos, se han logrando avances.

Hemos obtenido resultados optimistas interviniendo en los cimientos de los sistemas de salud. Brindamos, a través de la psicoeducación preventiva, herramientas cognitivas a los integrantes del sistema sanitario. De este modo, se logran volcar nuevas miradas a las personas que sostienen, gestionan, intervienen y condicionan el sistema; además de relacionarse de manera directa con los usuarios. El objetivo es que ejerzan un rol protagónico en la implementación de posibles nuevas políticas. Si no se produce una transformación cognitiva y cultural de los recursos humanos, difícilmente venideras políticas de drogas puedan traducirse en resultados concretos.

Dentro de las herramientas que compartimos en diferentes ámbitos (académicos, asistenciales, entidades gremiales, ONGs, etc.), se encuentran diversas actividades formativas para los profesionales de la salud de Latinoamérica sobre el consumo de drogas y las adicciones desde la reducción de daños. Estas actividades generalmente se desarrollan en entornos hostiles donde

existen miradas conservadoras de la temática; generalmente se estigmatizan a los usuarios y se ignoran las diferentes políticas de drogas y la reducción de daños, constituyendo -los objetivos trazados- un verdadero desafío. De todos modos, resultan ser experiencias sumamente optimistas y constructivas, en especial, debido a que desencadenan múltiples y diversas reflexiones, traducéndose en transformaciones ascendentes que se gestan desde la base del propio sistema.

Es necesario que se produzca una nueva cosmovisión, una reforma cultural y cognitiva en los profesionales de la salud de Latinoamérica respecto al universo del placer y el uso de sustancias.

El uso de drogas es una problemática de salud. La salud es un derecho humano primordial. Un estado saludable supone el disfrute más alto posible. El placer es un derecho. Y el sistema de salud, desde su rol, debe intervenir de manera adecuada para garantizar el ejercicio de ése derecho. Para lograrlo es necesaria involucrar, sin prejuicios, a *todos* los actores sociales en la problemática.

Al fin y al cabo pensar en reducción de daños es pensar en el *placer sustentable* de nuestra sociedad.



9. Verónica Russo

Mirándonos desde La Matanza. En Relación a la Legislación Argentina

Activista y Referente Nacional RADAUD. También es técnica en
Prevención de Adicciones, Reducción de Daños y VIH.



En este documento tratare de dar un descripción y diagnóstico de situación con respecto a los Consumidores/as de sustancias psicoactivas de mi región en la Argentina. Con total relación al resto del país.

El Conurbano Bonaerense es el territorio de mayor concentración de población de la provincia de Buenos Aires. Cubre 23 partidos que rodean a la Capital Federal (CABA). Posee una superficie de 3.500 Km² en donde viven 8.500.000 habitantes los cuales representan el 63,2% de la población de la provincia y el 24,4 % del país.

En los barrios periféricos a las grandes ciudades. Por ejemplo en la Ciudad donde vivo La Matanza donde viven 3.500.000 de personas, en una extensión de 50 Km. Y una alta densidad de población en las zonas más urbanizadas.

La criminalización de la tenencia de drogas para consumo personal a ha generado un estereotipo negativo de peligrosidad hacia los/as Usuarios/as (UD), señalados/as por el poder punitivo prohibicionista como "delincuentes marginales" que debemos ser criminalizados/as en aras del mandato legal.

Es habitual la relación estrecha que se ha instalado en el imaginario colectivo de los sectores más acomodados, asociando 'pobre' con ciertas tipificaciones como villero, negro, ladrón, prostituta o *drogadicto*". Este tipo de prejuicio también

puede ser aplicado en relación con las personas dependientes de las drogas, ya que -en general- se asocia al/la "drogadicto/a" con el/la "villero/a", "negro/a", "ladrón/a", "prostituto/a", o "pobre".

Siendo la idea de que dicho sujeto se halla inmerso en condiciones sociales donde el consumo de drogas y las actividades delictivas forman parte de un contexto normalizado.

Tal estigmatización se ve agravada cuando los/as UD pertenecemos a las clases sociales con menos recursos económicos, ya que su situación de vulnerabilidad se transforma en un obstáculo mayor para el acceso a los sistemas sanitarios de salud, a la educación sanitaria sobre el uso de estupefacientes (reducción del daño), y a la comprensión social sobre su condición.

Al mismo tiempo, en general, las personas que pertenecemos a tales grupos somos las elegidas o seleccionadas por el sistema penal para ser criminalizadas, debido -precisamente- a su situación de vulnerabilidad, como así también las más perjudicadas por la ausencia real de oportunidades que nos permitan el acceso al consumo sin mayores riesgos a la salud que los que la droga misma detenta.

Es decir, la mayoría de los/as marginados/as, excluidos/as, estigmatizados/as, señalados/as, apartados/as, criminalizados/as y segregados/as de nuestro sistema prohibicionista de "tolerancia cero" son las personas de más bajos recursos

económicos, configurándose de tal forma una doble discriminación hacia ellos/as.

Hay una preocupación a nivel social por intentar curar a los/ UD, surgieron desde hace años, numerosas iniciativas legislativas que comienzan a plantean la necesidad de buscar alternativas a la prisión como modelo de respuesta a este fenómeno. La ‘comunidad terapéutica’ se convierte en el modelo de respuesta que goza de mayor prestigio en base a su pretendida eficacia”.

Nos encontramos así con una compleja superposición de preconceptos, estereotipos y supuestos, que se han ido desplegando a lo largo de las etapas de este proceso, aportando a la conformación de una percepción social obnubilada sobre el fenómeno de las drogas.

Ahora bien, estas construcciones están ligadas a estrategias de control social que se corresponden con determinados proyectos políticos, económicos, sociales y culturales, no alcanzar a visualizarlo así, lleva indefectiblemente a una percepción en donde predomina la a criticidad, y nos lleva a aceptar que dicha cuestión ha surgido de modo espontáneo, como una ‘desviación’ más de los individuos que, en consecuencia, requiere un intervención pura y dura de los aparatos punitivos del Estado.

Recuerdo que el Juez Federal Dr. Horacio Catanni consultado sobre el tema de la construcción histórica de estereotipos, coincidió con que el estereotipo construido por la ley 20.771 era “drogaguerrilla”, ya

que se identificaba droga con subversión y-al mismo tiempo- afirma que “hoy el modelo de identificación es droga con inseguridad ciudadana, en el sentido de que no hay pruebas validas de que la droga sea la mayor causa de delincuencia.

Sin embargo, es el estereotipo que se construye de todo aquel que va a buscar asistencia por droga: primero porque la tenencia está castigada y después por esa idea de que el consumidor es una especie -aunque sean argumentos sin motivos- de brazo, de ramificación del Cartel de Medellín, utilizando la lógica de que sin demanda no hay oferta. Sí puede encontrarse a la droga acompañando acciones delictivas, pero lo que no está en discusión es que las razones por las cuales alguien delinque son independientes de las razones porque se droga; tienen la posibilidad de ser independientes.

En un principio, cuando el consumo de drogas era llevado a cabo por grupos minoritarios, se los consideraba delinquentes y era una población a controlar por el Derecho Penal. Cuando el consumo se extiende a distintos sectores de la sociedad tiene que nacer, ya que no pueden ser todos delinquentes, la distinción entre enfermo, delincuente, traficante, etc. Unos van a recibir la pena y otros un tratamiento, y en algunas ocasiones reciben las dos conjuntamente. Se evidencian así dos categorías de razonamiento muy diferentes. Una forma parte del bagaje salud-enfermedad, la otra es un tema social: la delincuencia.

Sobre la criminalización estigmatizante o la concepción social-legal-judicial de que los/as UD “afectan derechos de terceros/as” directa o mediatamente con su costumbre “delictiva-viciosa”, podemos decir que -desde el punto de vista empírico- dicha tesis “se funda en equívocos, que es posible despejar: de un lado, confunde consumo privado con el consumo público, cuando nadie niega la posibilidad de que el Estado pueda regular los consumos públicos. De otro lado, olvida diferenciar entre consumos no problemáticos y consumos indebidos, cuando es claro que una visión fundada en el respeto de la autonomía reconoce la necesidad de sancionar ciertos usos indebidos de las drogas que puedan afectar a terceros, como conducir un auto bajo los efectos de una sustancia psicoactiva.

A nivel local es bastante dificultoso conseguir estadísticas serias que demuestren la discriminación racial o xenofobia padecida por los/as criminalizados/as y encarcelados/as en las cárceles argentinas.

Lo que si es sencillo de observar en nuestras cárceles es un amplio margen de personas en condición socio-económica de pobreza procesados/as y condenados/as producto del régimen prohibicionista de la ley actual en Argentina N° 23.737 y principalmente su art. 14.

Los efectos colaterales de esta situación caen sobre sus familias, son innumerables, los niños son criados por

sólo uno de sus padres o por los abuelos u otros miembros de la familia extensa debido al encarcelamiento del padre que ejerce la potestad.

Los estudios demuestran que los niños separados de sus familias no se desempeñan tan bien en el colegio; tienen mayores problemas de salud física y mental; y corren mayor riesgo de involucrarse con la justicia penal. Finalmente, cuando los padres regresan a sus comunidades, sus condenas por drogas con frecuencia dificultan su vinculación laboral o el cumplimiento de los requisitos necesarios para obtener ciertos beneficios, lo cual afecta su capacidad para reunirse con sus hijos y cuidarlos. En lugar de facilitar modos de vida más sanos, la aplicación de las normas de droga perpetúa la desintegración de las estructuras familiares y comunitarias y genera un ciclo de lucha económica y comunitaria, frente a la cual muchos se ven seriamente impedidos para sobreponerse”.

El Artículo 4 de la Ley de Salud Mental, sancionada en el 2010, instituye que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. Y reconoce a “las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales” como sujetos de derecho “en su relación con los servicios de salud”.

En línea con la Ley, el Plan Nacional de Salud Mental enmarca las adicciones en el ámbito de la Salud Mental, ya que, hasta el momento, las mismas no fueron abordadas desde este lugar,

especialmente en lo referido al consumo de sustancias psicoactivas. Además, como refiere la reglamentación, “el eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca”.

Pero nunca la relación de las personas que usamos drogas, es vinculado al gozó, y menos al derecho.

TESTIMONIOS DE COMPAÑEROS/AS

- *“El hecho de estar sin laburo, la frustración de cosas que quiero hacer y no me salen.” (varón, 40 años)*
- *“Porque estaba mal y para no matarme por la vida de mierda que llevo.” (mujer, 31 años)*
- *“La globalización, la falta de expectativas, sobre todo en la juventud es un problema. Porque nosotros nuestros viejos podían ser pobres o no y uno trabajaba y uno tenía en el imaginario que seguir una carrera, tener un oficio con esto de que iba a poder trabajar. Iba a poder ejercer lo que a uno le gustaba y estaba el entusiasmo. Por más que había el sacrificio que mantener la carrera trabajando o que los viejos se hayan esforzado más. Ahora lo que se ve es que los pibes jóvenes no tienen expectativas. Porque bueno, porque no hay laburo, porque el mercado está cada vez más cerrado... Eso por un lado. Después esto que tiene que ver también con lo político... Y creía en, tenía otras*

perspectivas de ver otros cambios más sociales, de movilizarse más que tiene que ver con una generación.

- *Te toco el tema de la dictadura, para mí viene desde ahí todos nuestros males de la Argentina y sumándole el tema de la globalización que ya es a nivel mundial. Pero ahí hay un tema bastante importante porque una generación fue perdida, la mataron. Y bueno los que quedamos...es difícil... Yo lo que veo es más violencia, y esto lleva a veces...Bueno el tema de los jóvenes no encuentran su lugar y en el país donde la violencia está a la orden del día, digamos ¿qué hacen? Se drogan o porque lo que les den no les gusta o no saben qué hacer con su vida, no saben qué hacer con su familia.” (Operador sanitario)*
- *Antes que esos tipos llegaran acá, yo y mis compañeros sentíamos como si no existiésemos para la gente y para el mundo y que nada de lo que pasase con nosotros le interesaría a alguien. La impresión era que el mundo nos quería muertos o presos. Ahora sé que a algunas personas les importa y por causa de ellos comencé a cuidarme y no compartir jeringas...” (varón, 32 años).*

Dentro de nuestras actividades de base, desde hace tiempo, pudimos definir dos líneas de acción: el trabajo en calle, y la consejería desde el espacio público en el Hospital Paroissien, (Hospital Zonal de la Pcia.) como dos ámbitos de intervención.

En calle establecemos los contactos con los jóvenes, con los referentes, para el desarrollo estable de acciones que promuevan el sexo más seguro, el uso de preservativos, la entrega de material preventivo, y de reducción de daños. Talleres programados considerando los contextos..y entre otras cosas, ofrecimiento del testeo en calle para la detección temprana del VIH, hepatitis B, C, HPV y sífilis.

Desde la consejería, como segunda línea de acción, está planteado mejorar la accesibilidad al hospital.

La consejería funciona semanalmente por la tarde, se propone a manera de puente entre el territorio y el hospital, realiza vínculos intersectoriales, en particular con otros servicios del hospital, y con otras organizaciones sociales.

Para La Red Argentina por los Derechos y Asistencia de los/as Usuarios/as de Drogas (RADAUD) los Objetivos más anhelados y por los cuales trabajamos día a día, convencidos que lograremos cambiar en gran parte la realidad de las personas, tanto que usan o abusan de las drogas, encontrando la ayuda adecuada.

SON

- Animar políticas públicas de droga que despenalicen al usuario/a de drogas. Y la tenencia simple de sustancias.
- Animar a las creaciones de espacios amigables de participación y atención de UD no excluyente a otras poblaciones altamente vulnerabilizadas..
- Luchar contra las representaciones del imaginario social más estereotipantes y segregativas de los/as usuarios/as de drogas.
- Denunciar las consecuencias nefastas en los campos sanitario, penal, social y cultural consecuencia de los actos mencionados.
- Planificar Estrategias Políticas de intervención en trabajos sociales en Reducción de Daños y formar parte en la planificación, ejecución y dirección de proyectos de intervención.



10. Maria Mercedes Moreno

La cocaína es ancha más no ajena

Maria Mercedes Moreno es politóloga de la Universidad de los Andes de Bogotá, con D.E.A. en Etnología de l'Institut des Hautes Études de l'Amérique latine (IHEAL) de Paris; cofundadora en 1998 de MamaCoca (www.mamacoca.org) , asociación colombiana de defensa ambiental y derechos humanos constituida legalmente en Francia bajo la Ley1901 en el 2003.



Este papel de posición es parte de un compendio de 11 textos publicados por la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que Usan Drogas, LANPUD. Para descargar otros documentos puedes acudir a: www.lanpud.net

Latino-América y el Caribe (LAC) es una región compuesta por unos 590 millones de habitantes, altamente biodiversa y culturalmente rica en la que se habla español, portugués, inglés, francés, holandés, créole y unos 420 idiomas indígenas. La LAC consiste de 32 países y 19 territorios independientes y "... es posiblemente en la América indígena donde se concentra el mayor número de sustancias psicoactivas utilizadas en el mundo bajo la forma de una diversidad de plantas (e incluso cierta secreciones animales) que se inhalan, comen, beben o se aplican en enemas".¹ Entre esta rica biodiversidad y como parte del ciclo de vida, figura la milenaria, y para muchos sagrada, Hoja de Coca. La Hoja de Coca contiene 14 alcaloides, uno de los cuales, la cocaína, ha sido aislado y utilizado desde finales del s. xix con fines médicos y recreativos. A pesar de la amplitud del uso otro que medicinal de la cocaína, las mediciones oficiales antinarcóticos pasan por encima de las sutilezas y variedad de sustancias que componen lo que se clasifica como 'cocaína'. El objetivo de este informe es brindar una información y pautas básicas para comenzar a captar el alcance del fenómeno de la cocaína.

DE LA COCA AL CLORHIDRATO DE COCAÍNA

Sobre la bien conocida historia de la Hoja de Coca y su errada clasificación como 'sustancia' ilícita sin valor terapéutico ni alimenticio no parece necesario ahondar puesto que los estudios y escritos en

defensa de la coca son antiguos y prolíficos y lo que falta es que las Convenciones Internacionales se puedan poner a tono con la ciencia y la evidencia. En cuanto a la cocaína, y en particular sus derivados, sí existe una ambigüedad que vence todo intento por emprender caminos que permitan contener los efectos colaterales nocivos de las políticas y sustancias.

La cocaína desde el punto de vista químico es la benzoilmetilecgonina, un éster metílico de la benzoil egnonina con propiedades anestésicas y analgésicas. El procesamiento de la hoja de coca con una serie de precursores químicos produce una sustancia llamada clorhidrato de cocaína (CLC) que ha sido catalogada como sustancia fiscalizada pero con atributos medicinales. Estatutariamente, el CLC ha sido clasificado entre las sustancias narcóticas a pesar de que, farmacológicamente, no es un narcótico sino un estimulante que, por definición, estimula las funciones cerebrales y del sistema nervioso central y se relaciona con una mayor actividad física y estado mental alerta.

El CLC fue uno de los grandes hallazgos medicinales del s. xix y, a comienzos del s. xx, fue ampliamente utilizado como anestésico en cirugías oculares y trabajos dentales al igual que como complemento en las medicinas y remedios y tónicos hierbateros populares y en bebidas recreativas estimulantes como el Vino Mariani y su copia la Coca-Cola que, por otra, cuenta con patente de corso frente

1. Fernando García: El consumo de drogas en los pueblos precolombinos -Elementos para una "política criminal" alternativa: 2002 criminnet.ugres/recpc/recpc_04-r3.pdf

a la coca bajo la Convención Única de 1961. Con la invención en 1905 de un producto totalmente sintético, la procaína o novocaína, que sustituye la cocaína en la mayor parte de sus usos como anestésico local; su comercialización por el laboratorio alemán Hoechst y otros; y en consecuencia con el manejo de los temores de la época, se procede a incluir la cocaína y sus sales entre las sustancias prohibidas a nivel internacional mediante la Convención de la Haya de 1912-.

CUANDO LA COCA ERA COCAÍNA LEGAL DEJÓ DE SER ANDINA

A inicios de los años del apogeo, a partir de 1860, de la percepción de las bendiciones de la cocaína, la Hoja de Coca, originaria de la Región Andina, era importada principalmente del Perú para su procesamiento en medicamento en Europa. Políticos y científicos soñaban con esa riqueza para sus países andinos. Durante un corto periodo, los laboratorios europeos y estadounidenses importaron de Perú ya no las hojas sino cocaína cruda — una pasta de sulfato de cocaína semi procesada en la selva con una pureza de 80- 90%—. Gootenberg cifra la producción mundial para inicios de los años 1900 en más de 15 toneladas métricas. Esta cocaína cruda era procesada en cocaína de calidad médica en Alemania para la red de distribución global de la farmacéutica Merck lo que respondía a las preferencias medicoculturales alemanas por una cocaína científica “pura”.²

Muy pronto estas importaciones de coca legal fueron suplantadas con la siembra de coca desde 1883 por los holandeses en sus colonias en las Indias Orientales (Indonesia), más precisamente en la Isla de Java. De ahí hasta su declarada ilegalidad, fue principalmente la hoja de coca javanesa la utilizada por la Fabrica Holandesa de Cocaína y otras farmacéuticas europeas y la Merck de Nueva Jersey para preparar la cocaína cruda y surtir el mercado legal y, grosso modo, el naciente mercado ilegal de CLC. La cocaína legal que aún se usa en odontología sigue siendo procesada por farmacéuticas europeas y en Estados Unidos.

A partir de los años 1930 con los protocolos de Ginebra, la Hoja de Coca andina pasa bajo control internacional y comienza a sufrir una persecución sostenida pero suave, hasta su provocación brutal con la militarización y ataques fumigadores de la Guerra de las Drogas lanzada contra la marihuana mexicana y colombiana en la segunda mitad del s. xx. Esta persecución contra la marihuana instigó de coletazo, entre otras, el interés, producción, rentabilidad, consumo y tráfico a escala del CLC.

LOS DERIVADOS DE LA HOJA DE COCA MÁS ALLÁ O MÁS ACÁ DEL CLORHIDRATO

En el 2014, sin precisar en qué estado de procesamiento, la ONUUD informa que la cocaína es el principal estimulante de origen natural consumido en el mundo por

2. Gootenberg Rise and Demise of Coca, 2001 www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/gootenberg_rise_and_demise_coca_cocaine.pdf

entre 14 y 21 millones de usuarios (en el último año); es decir, una prevalencia anual de 0.4% a nivel mundial y una prevalencia anual de 1.2% en América Latina.

En la región de Latino-América y el Caribe, además de la Hoja de Coca en su estado natural e industrializado como bebidas, remedios, pomadas y alimentos, se consumen una variedad de derivados de la coca. Dada la ambigüedad que caracteriza el consumo de 'cocaína' y, por consiguiente, la carencia de medidas de salud pública dirigidas a esta variada población de consumidores (entre otros, el uso de la Hoja de Coca para sustituir sus formulaciones más químicas si así se desea), es pertinente precisar cuáles son las sustancias que se están consumiendo en los países LAC bajo este rubro.

La 'cocaína' se puede consumir en diferentes conformaciones: un polvo cristalino blanco (sales) o en piedras (cristales). La forma más consumida son las sales o CLC. No obstante, a comienzos de los años 1970 aparece, inicialmente en América Latina, una nueva modalidad de consumo -el sulfato de cocaína, el equivalente de la 'cocaína cruda' de finales del siglo xix. Se consume fumado y llega al mercado en forma de goma, base y un polvo oloroso de color ladrillo. En ese momento, este sulfato o base de cocaína, tiene, al igual que el CLC, una alta pureza. Y los cuestionamientos sanitarios y securitarios que suscita giran en torno de la sustancia misma y no de los vínculos crecientes (que hoy en día se añaden a

los riesgos) que se establecen entre la economía legal e ilegal por cuenta, entre otros, de los adulterantes legales y control a algunos precursores y su sustitución por otros legales.

El sulfato de cocaína es, en esencia, el extracto crudo de las hojas de coca sin refinar, uno de los pasos por el camino de la transformación de la hoja de coca en CLC. Su procesamiento es tan elemental que es un producto de valor agregado accesible y un creciente número de pequeños cultivadores de coca (que en algunas regiones de Colombia como la Orinoquia llega hasta un 96%) son hoy por hoy procesadores en esta etapa.³

La producción de sulfato de cocaína es rudimentaria y de calidad variable. *El basuco sale de 2 maneras. La primera cortando con las aguas con sulfúrico que extraen el alcaloide de la gasolina, se corta para que salga el polvo amarillento sin quitarle las gomas y el chicle. La segunda es de los residuos que se le sacan a estas aguas (que son las gomas y los chicles), se corta también con una soda y sale un basuco más amarillo y es el que huele a feo muy concentrado, este es el que distribuyen al menudeo en las calles de las ciudades acá en Colombia, por eso es tan dañino porque recoge sustancias como cemento, gasolina, plomo, residuos vegetales etc. Se puede exportar o utilizar como materia prima el PBC sin desgomar (la primera citada), refinándolo en su etapa inicial de transformación con permanganato de Potasio y la que se le hace una limpieza*

3. Colombia Monitoreo de Cultivos de Coca 2013, junio 2014 www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Colombia/Colombia_Monitoreo_de_Cultivos_de_Coca_2013_web.pdf

*previa quitándole los residuos que son el chocle y las gomas. La diferencia es que el PBC es la base refinada del proceso primario de extracción del alcaloide de la hoja de coca (o sea es el polvo desgomado o sin sustancias biológicas, o sin chicles). El Basuco es el derivado de menor calidad del proceso primario de extracción del alcaloide, que sale cuando se corta el polvo sin sacarle la goma o las sustancias biológicas y puede salir de las sustancias que se le sacan a las aguas o sea del “chicle o gomas”, entre más se extraiga las gomas y chicles más blanca sale el PBC.*⁴

La ONUDD reconoce la dificultad para distinguir, y la poca distinción que hacen los cultivadores procesadores, entre PBC y base de cocaína y precisa que estos productos se pueden posiblemente distinguir por sus precios “Los precios de la base de cocaína son más altos que los precios de la pasta básica de cocaína (38,5%) posiblemente explicado en la diferencia en los costos de producción entre estos procesos...” por los insumos requeridos.⁵ Y los informes oficiales son contradictorios sobre el aumento o la disminución de la disponibilidad, precios y pureza de la cocaína.

Ese polvo entre amarillento y color ladrillo que se conoce como basuco, paco, pitillo, pie o baserolo se consigue con mayor o menor facilidad dependiendo de la cercanía a las zonas de cultivo, tránsito, o cocinas (laboratorios). De hecho la modalidad de consumo fumado de basuco (basura de la coca o, como la

llaman los Indios “el demonio de la coca”) se originó entre las personas directamente vinculadas al procesamiento de la coca y a partir de los conocimientos heredados por los peruanos del procesamiento de la cocaína cruda del s.xix. Se considera que el basuco es puro cuando se calienta y se funde en grasa. Generalmente, es un polvo que se fuma. Raras veces se inyecta o se aspira por la nariz y la boca, aunque hay quienes lo consumen aspirado y/o inyectado, e incluso untado en las encías como el rapé. Posiblemente para no llamar la atención con el olor, aunque hay quienes afirman que una de las características que impulsa al consumo es justamente el olor dulzón del basuco. El mayor peligro actual del basuco proviene del hecho de que es un producto de baja gama que, en la re-reventa por los mismos consumidores, llega a adulterarse con harina de plátano cerelac, azúcar, harina de trigo, maicena u otros elementos. Incluso, como en el caso de Bogotá en la Macarena, se han encontrado muestras con polvo de ladrillo de la plaza de toros La Santamaría.

LA DELOCALIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN Y DISPERSIÓN DEL CONSUMO

Colombia se inició en el negocio de la cocaína como procesadora de base proveniente de Bolivia y Perú hacia 1973-1975. Para el 2006, el 96% de los laboratorios de CLC desmantelados se encontraban en Colombia. Actualmente, los medios afirman que las exportaciones de PBC

4. Comunicación personal de un cultivador procesador

5. *Ibid.*

y/o base de cocaína van en aumento para los laboratorios deslocalizados por toda América Latina y el Caribe. Esta globalización del negocio permite superar los controles en la región andina a los precursores que se requieren para preparar CLC que, a diferencia de los requeridos para el PBC y la base son importados/traficados y no se sustituyen fácilmente con producción local. Este tipo de exportación permite asimismo disminuir las pérdidas por decomisos por el menor costo de la materia prima. Es probable que buena parte de estos envíos se estén quedando en los países ahora procesadores de CLC y/o de tránsito y que sólo una parte esté saliendo de estos países como CLC. Como también es posible que por las fronteras se esté pasando basuco de un país a otro para los mercados de consumo local y que, por su bajo costo y/o menor disponibilidad de cocaína, su mercado de consumo esté creciendo.

Paralelamente, se informa que la producción de cocaína en Colombia aumentó en un 52% en el 2014. Aparentemente se refieren a CLC, el paso siguiente a la base de cocaína. El procesamiento de la base con, entre otros, éter, acetona y ácido clorhídrico, genera las llamadas sales de cocaína, la pasta neutralizada por un ácido para producir la sal correspondiente. La forma de consumo más común del CLC es por inhalación por vía nasal. No se fuma porque a altas temperatura se destruye pero, como es soluble en el agua, se puede inyectar. Los cargamentos de cocaína decomisados

en Europa y Estados Unidos revelan que una parte de la cocaína colombiana a la exportación está llegando adulterada con el antiparasitario Levamisol, cuyo uso en humanos ha sido vedado por sus graves efectos nocivos. Las muestras de calle (Échele Cabeza) revelan cortes desde la cafeína, azúcar, lidocaína, fenacetina. Y en Perú los análisis han revelado, hasta incluso orfenadrina (un relajante muscular). Es imposible encontrar cocaína pura y los cortes y concentraciones son variables con lo cual aumentan notablemente los riesgos para los usuarios, sobre todo, cuando es inyectada. La base viene cortada con, entre otras, parafina. A diferencia de los años 1970, hoy en día el negocio está en la adulteración.

Otras formas fumables de cocaína conocidas son el crack y el freebase. El crack: es producto de un procedimiento llamado 'depatrasedo', que consiste en partir de la cocaína 'pura' y "echarla para atrás" disolviéndola en agua y mezclándole amoníaco o bicarbonato. El producto se llama crack por el sonido crepitoso que hace cuando se fuman las piedras. No es lo mismo fumar crack –que, es en últimas una sustancia cuyas impurezas han sido (parcialmente) eliminadas en el proceso de cocción, que el basuco que fuman los habitantes de las calles de Bogotá y otras ciudades latinas. En Europa, se informa que existe usuarios de crack por inyección posiblemente por menor disponibilidad de la sustancia, moda, precio (more for your money) e intensidad. El freebase se refiere al proceso de fabricación del

crack y a su modalidad de consumo, cual es la inhalación/fumada de esta sustancia durante su proceso de fabricación antes de que llegue a su forma final de crack y que, por ser utilizada durante su procesamiento, no es comercializable.

LOS RIEGOS POR FALTA DE CONTROLES A LA PRODUCCIÓN

A los riesgos para el consumidor por adulteración del basuco y la cocaína, se suma la variedad de hasta 67 pesticidas, fungicidas, fertilizantes químicos que se utilizan actualmente en los cultivos de coca⁶ y la falta de control de calidad de los insumos. "Para fabricar el clorhidrato de cocaína de una hectárea de cultivo son necesarios unos 50 kilogramos de insumos sólidos y 57 galones de líquidos".⁷ Para la extracción de los alcaloides lo único que necesita es una choza abierta, unas sustancias químicas de calidad variable y una pozeta. El procesamiento de la coca en PBC, basuco y base se realiza en las zonas de cultivo en las partes aleñañas a vertientes de agua, algo indispensable para la extracción del alcaloide. Así como la clandestinidad incrementa los riesgos ambientales, los controles a los precursores óptimos aumentan los riesgos sanitarios para los consumidores. Ante los controles a los precursores originales necesarios al CLC, se ha aumentado el mercadeo de PBC, base y basuco sin contar que la producción de la cocaína con solventes

caseros y/ o reciclados constituye otro riesgo sanitario. Estos precursores químicos y la cocasa —el sustrato compuesto por hojas de coca, cemento, urea, blanqueador, gasolina y algunas veces cal, agua con amoníaco y ácido sulfúrico— son, en el mejor de los casos, acumuladas en montones generalmente alrededor de los 'laboratorios' caseros y, en el peor de los escenarios, arrojados a fuentes de agua;⁸ y, cuando no utilizadas y desechadas en las aguas, y son incautadas son, por política, destruidas —quemadas— *in situ*, en plena selva, por los agentes antinarcóticos.

LOS USUARIOS

La producción de cocaína destinada a esos 14-21 millones de ciudadanos no está pronta a desaparecer por decreto. No se sabe realmente si somos 21 millones o más. Un análisis del 2005 de las aguas residuales y superficiales de las áreas pobladas de la cuenca del Río Po de Italia revela un consumo de unas 40,000 dosis diarias de 'cocaína', lo que contrasta con las cifras oficiales de 15,000 dosis diarias.⁹ En el 2008, en sólo Londres se contaba la existencia de 46,000 usuarios de crack.¹⁰ Entretanto, un estudio del 2013 estima en 49,000 en consumo reciente de basuco en toda Colombia.¹¹ No se sabe ni de cerca ni de lejos cuántos consumidores de cocaína y base o basuco existen realmente, y eso no se mide por extrapolación de las toneladas de cocaína decomisadas/

6. Salomon 2007 www.mamacoca.org/docs_de_base/Fumigas/ACS%20Chapter%206,%202007.pdf

7. Plan Nal de Lucha contra las Drogas 1998-2002

8. Vicariato Apostólico de San Vicente Puerto Lueguizamo "Cocasa, ¿abono o veneno? Centro de Investigación Formación para el Servicio Amazónico (CIFISAM) , octubre 2002 www.mamacoca.org/docs_de_base/Cifras_cuadro_mamacoca/CIFISAM_Cocasa_abono_o_veneno_2002.pdf

9. www.ehjournal.net/content/4/1/14

10. Alistair Story et al. Crack cocaine and infectious tuberculosis 2008 www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2603115

11. www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

producidas ni por prevalencia de uso en el último año. Eso —no el hecho de haber probado una droga, sino de ser consumidor— se mide en el terreno en las calles, en las rumbas y entre pares. Las cantidades consumidas, al incluir el peso de los adulterantes, dan una medida más cercana a la realidad de lo que es el mercado y lo que la gente (piensa que) está consumiendo. Los análisis de sustancia por cromatografía de gases en combinación con la espectrometría de masas de una consistente cantidad de muestras en los sitios de origen y de consumo darían una idea más cercana de lo que realmente está sucediendo con la producción y menudeo. Estas medidas, a su vez, empoderan a los usuarios para, en redes y con alertas, ejercer presión sobre los jibaros y ollas como medida de Reducción de Daños mientras las autoridades definen cómo van a surtir inevitablemente ese mercado de forma reglamentada para evitar mayores daños y costos a la salud y seguridad públicas.

Comparado con el número creciente de los indispensables servicios de cambio de jeringuillas y otros para los usuarios de opiáceos, los servicios requeridos por los consumidores de cocaína y basuco son prácticamente inexistentes salvo contadas excepciones como son los proyectos pilotos móviles Centros Médicos de Atención Inmediata a Drogodependientes (CAMAD) de la Secretaría de Salud de Bogotá. Éstas son el tipo de estructuras adecuadas para conocer las sutilezas de la problemática de cerca y poder brindar

a estos consumidores los servicios de sustancias y salud de los que por ley deben disponer. Entre otras, urge la dispensación de la parafernalia para los consumidores de basuco en alto riesgo de enfermedades gingivales, pulmonares y enfermedades contagiosas por sus condiciones de vida.

Se requiere superar la convicción sin evidencias científicas sobre la adictividad de las sustancias *per se*, sin consideraciones tales que personalidad (idiosincrasia del usuario), historia de vida y entorno, entre otras; lo que impide enfocar el dilema con la ecuanimidad que se requiere frente a consumos efectivamente compulsivos. Salir de la falacia de que lo único que queremos los consumidores es consumir sin otras consideraciones, lo que desvirtúa nuestros análisis y propuestas y conlleva a una falta de reconocimiento de la funcionalidad de la mayoría de los usuarios de drogas. Reconocer el imperativo de brindar directamente los apoyos financieros requeridos para desarrollar, y perpetuar nosotros mismos, nuestras propuestas de terreno y como cualquier otra asociación de consumidores que defienden sus intereses sanitarios y otros. ¿Quiénes mejor que los consumidores para saber de drogas?

Para poder responder a estas necesidades, las organizaciones sociales no podemos seguir siendo activistas meramente benévolos y/o ‘pasadores’ de propuestas. Necesitamos disponer de los medios para:

- 1- medir el consumo entre nuestros pares a

fin de enfocar el fenómeno en su magnitud real; 2- constatar ampliamente la calidad de las sustancias en el mercado callejero y sitios de producción para minimizar los riesgos y ejercer conocimiento/presión sobre la producción; y 3-desarrollar nuestras propuestas para enfrentar la problemática con evidencia y conciencia del terreno.

Es incomprensible el desconocimiento y falta de mediciones y medidas de terreno sobre la segunda sustancia ilícita de origen natural más consumida en el mundo.




11. Aram Barra

Nada sobre nosotr@s sin nosotr@s: Las personas que usan drogas y su rol antes la UNGASS 2016 sobre drogas

Aram Barra es internacionalista por la UDLA México y maestro en política y administración pública por New York University y University College London. Es co-fundador de Espolea y Oficial del Programa latinoamericano para la política de drogas de Transform Drug Policy Foundation y México Unido Contra la Delincuencia.



Este papel de posición es parte de un compendio de 11 textos publicados por la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que Usan Drogas, LANPUD. Para descargar otros documentos puedes acudir a: www.lanpud.net



Los derechos humanos son universales e inalienables, indivisibles, interdependientes e interrelacionados. Son universales porque todas las personas en el mundo nacemos con ellos y poseemos los mismos derechos independientemente de dónde vivamos, género, raza, credo o trasfondo cultural o étnico. El uso de drogas tampoco hace que una persona pierda sus derechos humanos. Son inalienables porque los derechos de las personas nunca pueden ser quitados. Indivisible e interdependientes, porque todos los derechos -políticos, civiles, sociales, culturales y económicos- son iguales en importancia y ninguno puede ser plenamente disfrutado sin el acompañamiento de los otros.

En este marco, los derechos se deben aplicar a todas las personas por igual y todas las personas -incluidas aquellas que consumen drogas- tienen derecho a participar en las decisiones que afectan sus vidas.

Las 'sesiones extraordinarias' de la Asamblea General de las Naciones Unidas y #UNGASS2016

La Asamblea General es el principal órgano político de la Organización de las Naciones Unidas y el único en el que los 193 estados miembro tienen igual representación (www.un.org/es/ga). Por su parte, las Sesiones Especiales (UNGASS), son una especie de sesiones extraordinarias de la Asamblea y se organizan a petición de los estados miembro con el propósito

de debatir temas de interés global como la salud, el género y, en el caso que nos ocupa, el control global de las drogas.

La última UNGASS sobre drogas se llevó a cabo en 1998 a petición, principalmente, de México y con el objetivo de hacer una revisión de la entonces ya fallida estrategia de control de las drogas. En ese entonces, como hoy, México pidió explorar alternativas al prohibicionismo. Desafortunadamente, la propuesta fue lenta pero exitosamente desarticulada por países que en ese momento defendieron a ultranza la posición conservadora. Para leer un recuento a detalle de cómo Estados Unidos y varios otros países lograron este objetivo es recomendable leer un excelente artículo de Martín Jelsma en el que describe la manipulación, la presentación selectiva y la supresión de evidencia, uso selectivo de expertos, amenazas al financiamiento y otras estrategias utilizadas en el proceso de negociación.¹

Ultimadamente, la UNGASS de 1998 resultó ser un inútil refuerzo del compromiso a las convenciones internacionales prohibicionistas que a su vez llevó a la comunidad internacional a enfatizar el lema "un mundo libre de drogas, podemos lograrlo" en 2008 sin ninguna discusión real. Diez años después, en 2009, los estados miembro se reunieron en Viena para acordar una nueva 'Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral

1. Jelsma, Martín. "Drugs in the UN system: the unwritten history of the 1998 United Nations General Assembly Special Session on drugs" en *International Journal of Drug Policy* 14 (2003) 181-195.

y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas.² Esta declaración fue, en concreto, una repetición de la UNGASS de 1998. Sin embargo, vale la pena resaltar la inclusión de una acalorada discusión entre estados que defendieron el *status quo* y otros que buscaron promover la reducción de daños y los derechos humanos como parte central de la estrategia. Esa fue la primera señal clara de que el consenso global y de alto nivel sobre el régimen global de fiscalización de drogas se comenzaba a romper.

En la Declaración política y plan de acción también se definió que para 2019 habría una “reducción significativa en o la eliminación de la demanda y la oferta de las drogas”, por lo que en dicho año habría de organizarse la próxima UNGASS sobre drogas. Sin embargo, los catastróficos resultados de la estrategia prohibicionista en América Latina llevaron a que los presidentes de tres países –Colombia, Guatemala y México– se presentarán ante la Asamblea General en septiembre de 2012 para llamar a la comunidad internacional a organizar una conferencia internacional sobre el tema. Al respecto, el presidente Felipe Calderón dijo: “Exijo a las Naciones Unidas a que no sólo participe sino que encabece una discusión a la altura del siglo XXI y sin falsos discursos”.³

A petición de México nuevamente, pero esta vez acompañado de 95 otros países, la Asamblea General aprobó adelantar la

UNGASS de 2019 a 2016, esta vez con un mandato mucho más claro de discutir las alternativas al prohibicionismo y otros modelos de responder al fenómeno de las drogas.

LOS RESULTADOS DE #UNGASS2016 Y EL ROL DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS

Los resultados de la UNGASS de drogas en abril de 2016 son inciertos. Sin embargo, es importante recordar que la Asamblea General tiene el poder de aprobar cambios importantes como la reforma o derogación de tratados internacionales, el establecimiento de nuevos cuerpos burocráticos y otros cambios amplios. También es de vital importancia recordar que la Convención única de estupefacientes de 1961 es el pilar central del régimen internacional de fiscalización de drogas, y cuenta con un número importante de adhesiones (185 estados miembro). Además, las posiciones ideológicas con respecto a la política de drogas se mantienen, hoy día, sumamente polarizadas. Por estas razones, entre otras, debemos moderar nuestras expectativas sobre los resultados políticamente viables de la UNGASS sobre drogas.

Si bien existen varias posturas con respecto a qué tan importante la UNGASS de drogas realmente es, podemos dividirlas en al menos dos grandes grupos. Por un lado, los cínicos suelen ver este tipo de procesos políticos como una pérdida de

2. UNODC, 2009. “Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas”. En línea: www.unodc.org/documents/hlr/Leaflets/HLR/13-87594_flyerA5_S_ebook.pdf

3. CNN México. “La ONU debe debatir sobre el enfoque prohibicionista de la droga: Calderón”. En línea: mexico.cnn.com/nacional/2012/09/26/onu-debe-debatir-sobre-el-enfoque-prohibicionista-de-la-drogas-calderon

tiempo por considerarlos discusiones burocráticas sin mayor impacto en la realidad. Por el otro lado, para los oportunistas (campo que ocupamos quienes defendemos la reforma de la política de drogas) el proceso representa un momento único de discusión de la política de drogas al más alto nivel. Esto es, la UNGASS de 2016 representa una piedra angular en la discusión y no debe ser vista como el lugar en donde el cambio o la reforma suceden.

En este sentido, la UNGASS de drogas debe representar una oportunidad para que las personas que usan drogas expongan sus necesidades y preocupaciones. La UNGASS de drogas es el espacio en el que estas preocupaciones pueden dar empuje y direccionar la discusión en el camino correcto, una oportunidad para dibujar una nueva línea en la arena. Para lograr esto, es absolutamente necesario que las personas que usan drogas dejen claros los costos del prohibicionismo, lo que ya no es tolerable en el sistema actual, lo que necesita cambiar y cómo, y cuáles son los beneficios del cambio.

Para las y los usuarios de drogas en América Latina, la criminalización, el estigma, la discriminación y la negación del derecho a la salud son hoy, más que nunca, inaceptables.

LOS MECANISMOS FORMALES DE PARTICIPACIÓN PARA LA SOCIEDAD CIVIL

El formato preciso de la UNGASS se sigue discutiendo por lo que es difícil definir una estrategia concreta para participar. Sin embargo, la participación formal de la Sociedad Civil se ha organizado a través de un Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil (Civil Society Task Force, CSTF) compuesto mediante una negociación realizada a finales del 2014 entre el Comité de OSC sobre drogas en Nueva York (New York NGO Committee on Drugs, NYNGOC) y el Comité de OSC sobre drogas en Viena (Vienna NGO Committee on Drugs, NYNGOC). A continuación se describen estos tres cuerpos:

- Comité de OSC sobre drogas en Viena (VNGOC)

VNGOC es un comité amplio y diverso que ha sido instrumental en abogar por una mejor representación de la sociedad civil en las discusiones sobre drogas en las Naciones Unidas, particularmente en la Comisión de Narcóticos (CND) en Viena. Este grupo fue el encargado de organizar el foro 'Beyond 2008' por parte de la sociedad civil en el marco de la Declaración política de 2009. Debido a su política de trabajar por consenso, su posición pública sobre temas polémicos suele ser relativamente débil. Al momento de escribir este texto (junio de 2015), el Comité está en el proceso de elegir un nuevo presidente.

Más información: www.vngoc.org

Contacto: info@vngoc.org o dquittan@vngoc.org (Daniel Quittan, Oficial de proyecto)

- Comité de OSC sobre drogas en Nueva York

NYNGOC fue fundado en 1984 con el objetivo de promover la participación de la sociedad civil en los foros de alto nivel de la ONU referentes a las drogas. Esencialmente cumple el mismo rol que VNGOC pero en Nueva York. Si bien se mantuvo durmiente por varios años, recientemente fue revitalizado realizando nuevas elecciones y definiendo un nuevo consejo directivo. Uno de los autores de este texto, Aram Barra, es al momento de redacción de este texto, el secretario del consejo.

Más información: www.nyngoc.org

Contacto: NewYorkNGOC@gmail.com (Heather Haase, presidenta del consejo)

- Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil (CSTF, por sus siglas en inglés)

El CSTF tiene la misión de servir como el vínculo oficial entre las Naciones Unidas y la sociedad civil en el proceso preparatorio de y durante la Sesión Especial (UNGASS) de drogas a realizarse en 2016. Su objetivo es el de asegurar una participación comprehensiva, estructurada, significativa y balanceada de la sociedad civil durante el proceso. Está compuesto por 26 miembros de los cuales 18 son representantes regionales

(dos por región) y 4 son representantes de poblaciones afectadas. Las regiones representadas son: Australia, Nueva Zelanda y el Pacífico; Europa del este; América Latina y el Caribe; África del norte y Medio Oriente; América del norte; Asia del sur; Sudeste y este de Asia; África subsahariana y Europa del oeste. Para coordinar la estructura, el CSTF es presidido por 1 presidente, dos vice-presidentes y 1 secretario.

En conjunto con el Grupo de Trabajo para la sociedad civil de UNODC, el CSTF tiene como actividades: a) identificar a los oradores y participantes para todos los eventos relevantes preparativos de UNGASS 2016; b) coordinar las consultas regionales; c) organizar el cuarto foro de audiencias de la sociedad civil en el marco de la 58 sesión de la CND, y d) co-presidir junto con el presidente de la CND y/o el presidente de la Asamblea General un Foro interactivo de audiencia de la sociedad civil previo a la UNGASS, cuyas conclusiones serán un documento oficial reconocido del proceso preparativo de la UNGASS.

Más información: bit.ly/1BME0iz

Contacto con la junta directiva:
Esbjörn Hörnberg - Presidente
Heather Haase - Vice-presidenta
Elisa Rubin - Vice-presidenta
Allan Clear - Secretario

MIEMBROS REPRESENTANTES DEL CSTF

CATEGORÍA	ORGANIZACIÓN	REPRESENTANTE
- Poblaciones afectadas: Cultivadores	Transnational Institute	Pien Metaal
- Poblaciones afectadas: Cuidados paliativos y medicinas esenciales	International Association for Hospice and Palliative Care	Katherine Pettus
- Poblaciones afectadas: Usuarios recuperados	Celebrate Recovery, NGO Proslavi Oporavak, Recovered Users Network (RUN)	Boro Goic
- Poblaciones afectadas: Familias	Organization of the Families of Asia and the Pacific (OFAP)	Nuno Jorge
- Poblaciones afectadas: Usuarios de drogas	International Network of People Who Use Drugs (INPUD)	Holly Bradford
- Poblaciones afectadas: Jóvenes	Active, Friendship and Peace	Vasilka Lalevska
- Voz global: Prevención	World Federation Against Drugs	Linda Nilsson
- Voz global: Reducción de daños	Harm Reduction International	Rick Lines
- Voz global: Justicia criminal	TBC	TBC
- Australia, Nueva Zelanda y el Pacífico	New Zealand Drug Foundation - Te Tuapapa Tarukino o Aotearoa	Ross Bell
- Australia, Nueva Zelanda y el Pacífico	Australian National Council on Drugs (ANCD)	Margaret Hamilton
- América central y del norte	Centros de Integración Juvenil	Carmen Fernandez Cáceres
- América central y del norte	Canadian Drug Policy Coalition	Donald MacPherson
- América Latina y el Caribe	Red Iberoamericana de Organizaciones no Gubernamentales que Trabajan en Drogodependencias	Margarita María Sánchez Villegas
- América Latina y el Caribe	Intercambios Asociación Civil	Pablo Cymezman
- África del norte y medio oriente/Asia central	Rebirth Society/Asian DDR NGOs Association	Abbas Deilamizade

MIEMBROS REPRESENTANTES DEL CSTF (Cont.)

· África del norte y medio oriente/Asia central	Skoun- Lebanese Addictions Center	Sandy Mteirik
· Asia del sur	India HIV/AIDS Alliance	Simon Beddoe
· Asia del sur	Alcohol and Drug Information Centre Sri Lanka	Pubudu Sumanasekera
· Sudeste asiático y este de Asia	Center for Supporting Community Development Initiatives (SCDI)	Khust Thi Hai Oanh
· Sudeste asiático y este de Asia / Poblaciones afectadas: Población alternativa	Mae Fah Foundation / Doi Tug Development Project	M.L. Dispanadda Diskul Duke
· África subsahariana	Prevention Information et Lutte Contre le SIDA (PILS)/Collectif Urgence Toxida (CUT)	Nathalie Rose
· África subsahariana	People Against Drug Dependence & Ignorance (PADDI) Foundation	Ee Eluchie
· Europa occidental	International Drug Policy Consortium (IDPC)	Ann Fordham
· Europa occidental	Europe Against Drugs (EURAD)	Fay Watson

RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN DE PERSONAS QUE USAN DROGAS EN #UNGASS2016

A menos de un año de la organización de la Sesión Especial, el proceso preparativo está bien avanzado. Sin embargo, las personas que usan drogas pueden y deben aún sumarse y ser parte central del debate. Como dijimos más arriba, las políticas de drogas no pueden ser decididas sin la participación significativa de las comunidades más afectadas por éstas.

En este sentido, algunas recomendaciones para la participación de personas que usan drogas son:

- A través de organizaciones, redes y otros colectivos, las personas que usan drogas pueden hacerse miembro de los comités de Nueva York y de Viena. Ello les permite votar y ser votados para los espacios de representación formales, así como para solicitar participar en los debates formales. Para las personas que ya son miembros de alguno o ambos comités, es importante asegurarse de que el pago de membresía anual esté al día.

- El CSTF lanzó una consulta global sobre necesidades y preocupaciones que la sociedad civil y las personas que usan drogas quieren ver en la agenda de UNGASS. Este es un espacio de formato sencillo y abierto a la participación de todas las comunidades afectadas. Además, la consulta ha sido traducida a varios idiomas, incluyendo español. Para llenar la consulta se puede acceder a: bit.ly/1J3NCHk

- El CSTF organizará una consulta en cada región del globo (ver regiones más arriba). Las personas que usan drogas podrán participar en estas consultas en las que es muy importante que comuniquen de manera clara y concreta sus necesidades, preocupaciones y demandas en materia de política de drogas. Esta es una oportunidad única para participar directamente en el proceso preparativo de UNGASS. Para más información sobre las consultas regionales es necesario revisar periódicamente las páginas del NYNGOC o VNGOC. Esta información y otras convocatorias son también siempre circuladas por VNGOC y NYNGOC entre sus miembros.

- Las delegaciones de los estados miembro son, ultimadamente, los tomadores de decisión en la Asamblea General y la UNGASS. Para incidir en el proceso preparativo y en la Sesión Especial, las personas que usan drogas pueden ponerse en contacto con sus oficiales de gobierno tanto en su país de origen como en las misiones de representación en Nueva York y Viena.

En la medida en la que las personas que usan drogas fortalezcan sus relaciones con las misiones, más será la influencia que podrán tener en el proceso y la posición oficial de las delegaciones que les representan.

- Otros foros multilaterales a nivel regional como la Unión Europea (UE) o la Organización de Estados Americanos (OEA) tendrán también representación en UNGASS. Históricamente, por ejemplo, la UE ha tenido una posición de peso sobre la inclusión de los servicios de reducción de daños y el respeto a los derechos humanos en las resoluciones de la CND. Más recientemente, la OEA ha organizado diversos debates y publicaciones en torno al fenómeno de las drogas. Las personas que usan drogas pueden pedir permiso para acceder a estos debates a través de organizaciones registradas ante dichos foros.

- La UNODC y otras agencias de la ONU tendrán un rol relevante en las discusiones preparativas, así como en la Sesión Especial misma. Las personas que usan drogas deben, en la medida de lo posible, cultivar relaciones cercanas y de confianza con los oficiales de Naciones Unidas y otros técnicos para que, a través de ellos, puedan alimentar el debate. Un ejemplo de esto es, por ejemplo, las recientes convocatorias del PCB de ONUSIDA y del Consejo de Derechos Humanos para que las organizaciones de la sociedad civil acerquen experiencias y otros documentos relevantes a estos foros

que, a su vez, enviarán un compendio de insumos a la Asamblea General. Si bien estas convocatorias ya han expirado, en los próximos meses se abrirán varias más. Es de vital importancia que las personas que usan drogas respondan a estos llamados.

UNA AGENDA PENDIENTE: VISIBILIZACIÓN DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS Y SUS DEMANDAS

Más allá de las posibilidades de inclusión antes mencionadas, las personas que usan drogas se pueden y deben hacer visibles en el marco de las discusiones. Algunos de los temas clave y los grupos de la sociedad civil que han manifestado una posición sobre ellos se enlistan a continuación. En todos los casos, las personas que usan drogas pueden acercarse a las organizaciones involucradas para definir mensajes concretos y coordinar acciones de demostración en el marco de la UNGASS.

Esta publicación se encuentra bajo una licencia de “Reconocimiento No Comercial Sin Obras Derivadas” de Creative Commons. Puede ser reproducido total o parcialmente sin costo alguno y sin permiso del autor para fines no comerciales, en el entendimiento de que el autor y LANPUD reciban crédito por su autoría, y de que se brinde un vínculo al sitio web de LANPUD: www.lanpud.net



Red Latinoamericana y del Caribe
de personas que usan drogas



Red Latinoamericana y del Caribe
de personas que usan drogas



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS