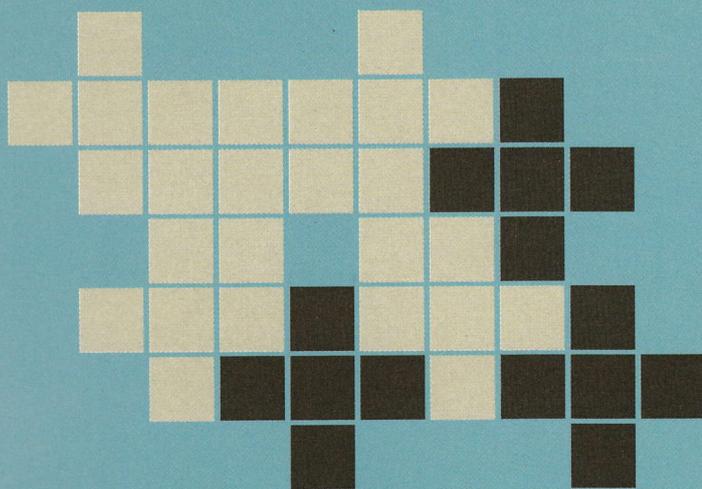


SABERES Y PRÁCTICAS SOBRE DROGAS

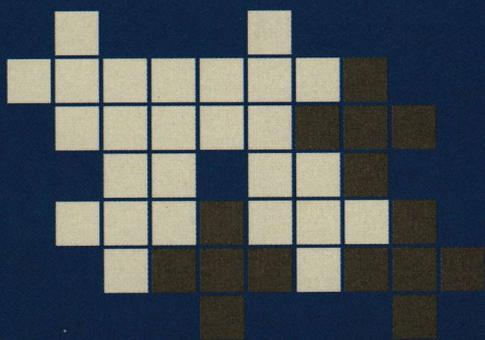
EL CASO DE LA PASTA BASE DE COCAÍNA



Intercambios Asociación Civil
para el estudio
y atención de problemas
relacionados con las drogas



Federación Internacional de
Universidades Católicas



El libro *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína* es el resultado de un proceso de formación, investigación e intervención en el marco del Laboratorio Internacional Universitario de Estudios Sociales que involucró a diversos países latinoamericanos. Intercambios Asociación Civil, con el importante apoyo de la Federación Internacional de Universidades Católicas, desarrolló un estudio que aporta a la comprensión de un nuevo patrón de uso de drogas y al diseño de respuestas que den cuenta de las diferencias entre sustancias, usos, usuarios y contextos.

Laboratorio Internacional Universitario de Estudios Sociales

Centro Coordinador de la Investigación de la Federación
Internacional de Universidades Católicas (CCI/FIUC)

Secretario general de la FIUC y director del CCI/FIUC
Prof. Dr. Guy-Réal Thivierge

Coordinador científico
Soc. Pedro Nel Medina Varón

Intercambios Asociación Civil

Directora del proyecto
Graciela Touzé

Equipo de investigación

Investigadores
Pablo Cymerman
Paula Goltzman
Diana Rossi

Asistentes
Damián Brat
María del Carmen Canel
Verónica Granda
Constanza Leone
Alejandro Merediz
Yanina Millansky

Consultores
María Pía Pawłowicz
Marcelo E. Vila

Otras universidades participantes en el proyecto

ARGENTINA. Universidad del Salvador. Director del proyecto: Sergio Marcelo Cesarín.
BRASIL. Pontificia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul. Directora del proyecto:
Leonia Capaverde Bulla.

COLOMBIA. Fundación Universitaria Luis Amigó. Directora del proyecto: Patricia Elena
Ramírez Arboleda. Universidad de San Buenaventura. Director del proyecto: Guillermo
Rivera Builes.

PERÚ. Pontificia Universidad Católica del Perú. Director del proyecto: Juan Ansión

Los contenidos de esta publicación son de exclusiva responsabilidad de los miembros del
equipo de investigación y no comprometen el pensamiento de Intercambios Asociación Civil
y/o de la FIUC.



Intercambios Asociación
Civil para el estudio
y atención de problemas
relacionados con las drogas



Federación Internacional de
Universidades Católicas

Índice

Presentación	15
Parte I. Discursos, políticas y prácticas	
Graciela Touzé	
Capítulo 1. Entre la cura y el control	21
1.1. Medicalización y control	21
1.2. De práctica social a delito-enfermedad	24
1.3. La “droga” como amenaza-peligro y las formas de control social	27
1.4. La fuerza de los estereotipos	29
Capítulo 2. Discursos, políticas y prácticas de intervención	33
2.1. El discurso moral-jurídico	34
2.2. El discurso médico-sanitario	35
2.3. El discurso psicosocial	36
2.4. El discurso sociocultural	37
2.5. El discurso geopolítico	38
Capítulo 3. Hacia un cambio de paradigma	39
3.1. La reducción de daños	40
3.2. Las intervenciones de reducción de daños	41
3.3. La eficacia de los programas de reducción de daños	44
3.4. La modificación de los dispositivos de intervención	45
Capítulo 4. Evolución del “problema droga” en la Argentina	47
4.1. Vicios privados, virtudes públicas	48
4.2. “Esto aquí no pasa”	49
4.3. “Sexo, droga, <i>rock and roll</i> ” o la peligrosa juventud	51
4.4. “Donde la droga pasa, la droga queda”	56
4.5. De “Sol sin droga” a “Maldita cocaína”	62
4.6. ¿Es posible otra política de drogas?	74

Parte II. Aspectos biomédicos y problemas de salud asociados

Marcelo E. Vila

Capítulo 5. Coca y cocaína: aspectos farmacotxicológicos	79
5.1. Propiedades de las drogas	79
5.2. Clasificación de las drogas	81
5.3. La cocaína	84
5.4. Tipos y productos de la coca	86
5.5. Farmacología de la cocaína	90
5.6. Efectos de la cocaína	92
Capítulo 6. Problemas de salud asociados al uso de cocaína	95
6.1. Intoxicación aguda por cocaína	95
6.2. Problemas orgánicos asociados al uso de cocaína	96
6.3. Problemas asociados a las formas fumables de cocaína	98
6.4. Tratamiento médico en la dependencia de cocaína	101
6.5. Infecciones transmisibles	102

Parte III. Uso de pasta base de cocaína en Buenos Aires

María Pía Pawlowicz, Diana Rossi y Graciela Touzé

Capítulo 7. Una metodología de investigación e intervención social	109
7.1. Fundamentos metodológicos	109
7.2. La lógica de las investigaciones cualitativas	111
7.3. Investigación cualitativa en el campo del uso de drogas	113
7.4. Instrumentos de recolección de información	116
7.5. Muestreo por "bola de nieve"	117
7.6. El análisis de datos cualitativos	118
Capítulo 8. El contexto de la investigación y la intervención	119
8.1 Las condiciones del contexto: Argentina, un país empobrecido	119
8.2. Los efectos de la crisis	121
8.3. La Ciudad de Buenos Aires	124
8.4. El territorio de las acciones	125
Capítulo 9. El proceso metodológico	129
9.1. Octubre de 1999 a marzo de 2001: el trabajo centrado en el equipo	129
9.2. Abril a diciembre de 2001: la salida al campo	130
9.3. Enero a diciembre de 2002: la intervención en las comunidades	131

Capítulo 10. Usuarios de pasta base de cocaína: una población fragilizada	133
10.1 ¿Quiénes fueron los entrevistados?	133
10.2. Problemas de salud y relación con el sistema sanitario	136
10.3. VIH/sida: mitos, consentimiento informado, cercanía con la enfermedad	139
Capítulo 11. Prácticas de uso de pasta base de cocaína	143
11.1. Consumo de drogas	143
11.2. Formas de uso de pasta base de cocaína y crack	144
11.3. Pasta base de cocaína: preferencias y diferencias con otras formas	146
11.4. La organización del consumo	149
11.5. Cuidados y riesgos en las prácticas de consumo de drogas	152
Capítulo 12. Prácticas sexuales y uso de pasta base de cocaína	157
12.1. Uso de drogas, deseo y actividad sexual	157
12.2. Cuidados y riesgos en las prácticas sexuales.	159
12.3. Representaciones y prácticas de uso del preservativo	164
Glosario	169
Consideraciones finales	171
Fuentes documentales	175

Capítulo 3

Hacia un cambio de paradigma

El concepto clave para el discurso preventivo en el campo de la salud emana del positivismo y es el de la "historia natural de la enfermedad". Remite a la posibilidad de aprehender la esencia dinámica de un fenómeno de enfermedad y establecer sus etapas necesarias, cronológicamente distribuidas.

Esta idea resulta ineficaz cuando se trata de fenómenos relacionados con los comportamientos y las interacciones sociales, que no pueden leerse exclusivamente desde el campo de lo biológico. Resultan de difícil cuantificación en función de la imposibilidad de determinar todas las variables intervinientes y la naturaleza e intensidad de sus interacciones. Esa búsqueda de regularidades normalmente culmina en reduccionismo (Bastos, 1994b).

Para desarrollar una tarea preventiva es necesario oponerse a la tentación de naturalizar la historia y articularla con técnicas de intervención que simultáneamente se justifiquen y se fundamenten en esa concepción. Por tanto, la actitud preventiva debe atender a la complejidad y diversidad de las situaciones, ya que el discurso uniforme y pretendidamente seguro no sólo es inadecuado sino fuente de otros sufrimientos como alimento de los procesos de estigmatización social. El paradigma prohibicionista, que se impuso a lo largo del siglo XX, se empeñó en demonizar a las drogas como peligro planetario y logró con eficacia una "profecía autocumplida". El crecimiento y complejización crecientes de los diversos problemas asociados a las drogas están interpellando seriamente estas políticas, cuya prioridad es la eliminación de las drogas, y están señalando la necesidad de centrarse en la disminución de las consecuencias negativas de su uso (Touzé y Rossi, 1993).

Desde un criterio jurídico-moral, el *abstencionismo* nos ha situado ante tácticas estigmatizantes y excluyentes de quienes son señalados como "culpables de diseminar el mal", inscriptas básicamente en una ideología de la "defensa social", más proclive al uso de mecanismos represivos y no preventivos, que atentan contra la garantía de los derechos de los consumidores de drogas.

La *reducción de daños* resulta más adecuada desde su pragmatismo para atender el problema de las drogas. Si bien porta el contenido de una estrategia de control social asentada en el discurso médico, permite que se puedan mejorar las condiciones de vida de las personas que consumen drogas, dando lugar a una afirmación de su calidad de ciudadanos, cuyos derechos deben ser asegurados.

3.1. La reducción de daños

La magnitud de los problemas sociales y de salud asociados al uso de drogas, junto con la percepción de los límites de las políticas adoptadas con anterioridad, ha jugado un papel fundamental para revisar las perspectivas desde las que se trabaja con la práctica del uso de drogas. En este contexto se inscriben las estrategias de "reducción de daños" (Cymerman, 2001).

La reducción de daños –también conocida como reducción del riesgo o minimización de los daños– es una política de prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas más que de prevención del uso de drogas en sí mismo. Es una política social que tiene como objetivo prioritario disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas (O'Hare, 1994). Esta corriente acepta el hecho de que el uso de drogas ha persistido a pesar de todos los esfuerzos para evitarlo. Reconoce también que, a menudo, la prevención del uso de drogas ha tenido el efecto no intencional de aumentar los daños asociados a dicho uso.

Una estrategia de reducción de daños puede 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 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.

La reducción de daños no constituye una política social nueva; se enlaza con posturas sanitarias muy anteriores, como los programas de sustitución que, si bien se consolidaron en la década de 1960, admiten como antecedente los tratamientos de mantenimiento. De hecho, se considera que los principios de la reducción de daños fueron establecidos por el Comité Rolleston¹⁴ a fines de la década de 1920 (Rossi y Touzé, 1996). Contrariamente a las prohibiciones casi totales de Francia y EE.UU. en la misma época, la legislación británica permitía a los médicos prescribir cualquier tipo de droga para el tratamiento de las toxicomanías. Recién en 1967 se limitó esta posibilidad y se obligó a los médicos a obtener una licencia especial en una dependencia del Ministerio del Interior británico (Henman, 1995). Lo que quizá sí constituye un elemento nuevo en la política de reducción de daños es la atención puesta en los efectos secundarios del uso de drogas. Por *efectos secundarios* estamos entendiendo a los procesos de criminalización y estigmatización consecuentes a las respuestas sociales a dicho uso y no a los producidos por el consumo de sustancias en sí mismo (Baratta, 1994).

14 Sir Humphrey Rolleston presidió el comité británico que señaló un hito al recomendar que los médicos podrían prescribir no sólo sobre la base de la suspensión de las dosis sino también en "dosis decrecientes" a algunas personas.

El origen del concepto de reducción de daños se ubica en Holanda en la década de 1970 cuando aparecen alternativas profesionales identificadas con la perspectiva del usuario de drogas, denominadas *modelo de la aceptación* (Del Río Meyer, 1995). Empezó a utilizarse a finales de la década de 1980 en la provincia de Merseyside (Inglaterra) en respuesta, principalmente, a dos factores: el problema de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDIs) y la sospecha creciente de que las estrategias adoptadas hasta el momento no sólo no habían mejorado la situación sino que, en algunos casos, habían tenido el efecto no deseado de aumentar los daños asociados al uso de drogas.

Posteriormente, la elaboración de intervenciones eficaces derivadas del enfoque de reducción de daños ha promovido su reconocimiento internacional (Insúa, 1999). Entre los principales argumentos que sustentan la aplicación de estos principios encontramos el que analiza la situación del tráfico y consumo de drogas como un fenómeno globalizado y el que señala los escasos resultados de los tratamientos para abandonar el uso de drogas (Mesquita, 1994).

El primero considera los intereses económicos, políticos y sociales que circulan en relación con el tráfico y consumo de drogas en el mundo como un fenómeno sumamente complejo que supera ampliamente la capacidad del sector sanitario empeñado en disminuir la demanda de drogas.

El segundo argumento se funda en los resultados de los tratamientos llevados a cabo con usuarios de drogas tanto lícitas como ilícitas. Estos indican que cuando la meta es la abstinencia, aún en los mejores servicios del mundo, el nivel de recuperación no supera el 30%. Se calcula que un 80% de los usuarios de drogas rehúsan frecuentar cualquier servicio terapéutico. Y que de los que consultan, por lo menos la mitad desea continuar con el uso de drogas (Marks, 1997).

El equívoco de base de muchas de las intervenciones es confundir la incapacidad o falta de motivación para la abstinencia en un determinado momento con la imposibilidad de reducir los daños derivados de ese consumo que persiste (Bastos, 1994a).

3.2. Las intervenciones de reducción de daños

Los principales objetivos de la reducción de daños son (Grup Igia, 2000):

- Contactar con el máximo número posible de consumidores.
- Disminuir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas y sus patrones de uso.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios (estado de salud, situación social, etc.).

Los programas de reducción de daños no pretenden la abstinencia en el

consumo de drogas sino que, admitiendo la dificultad que muchas personas presentan para suspender el consumo, tratan de reducir las consecuencias que este provoca. No procuran reemplazar los servicios dirigidos a la abstinencia, sino que son un complemento indispensable.

Bajo la denominación de reducción de daños se agrupan una multiplicidad de programas con diversos tipos de intervenciones que dan cuenta, entre otras cosas, de las diferencias en los contextos culturales en que se desarrollan.

Hay casos en que esta estrategia se enraíza en una estructura sanitaria, por lo general del sistema público, que desarrollaba programas con esta perspectiva (por ejemplo, de sustitución con metadona) desde varias décadas antes. El eje está puesto en los beneficios de esta modalidad respecto del cuidado de la salud de los usuarios de drogas y su impacto en la salud pública (Rossi y Touzé, 1996).

Pero también es posible observar en algunos programas una lectura de corte más social, que hace hincapié en la marginalización y estigmatización de los usuarios de drogas e insiste en la necesidad de cambiar las representaciones sociales que fomentan estos mecanismos de exclusión. Esta perspectiva no se limita a los aspectos sanitarios del cuidado y mejoramiento de la salud sino que postula la defensa de los derechos de las personas que usan drogas y reivindican su condición de ciudadanos con los mismos derechos a la vida, la libertad, la estabilidad y el acceso a la salud que los no-usuarios.

En líneas generales, podemos afirmar que los programas de reducción de daños se dirigen con prioridad a los usuarios de drogas que no frecuentan las instituciones y que tienen escaso o nulo contacto con los dispositivos sanitarios y sociales. Enfatizan la obtención de metas a corto y mediano plazo. Ven a los usuarios como miembros de la sociedad, en una perspectiva de integración. Implementan sus intervenciones con participación importante de los usuarios de drogas. Enfatizan la efectividad y la relación costo-beneficio de las intervenciones (Cymerman, 2001).

También promueven la cooperación intersectorial entre instituciones del ámbito jurídico, policial y de salud. Consideran que las actividades educativas referentes a las drogas deben tener credibilidad en la población objetivo, basarse en investigaciones y trazar metas realistas. Incluyen tanto a las drogas lícitas como a las ilícitas.

Para esta perspectiva, los principales temas a abordar son:

- La exigencia de una aproximación a la vez sanitaria y social del uso de drogas y la necesidad de asociar la asistencia y la prevención
- La necesidad de luchar contra la exclusión social y de ir al encuentro de los usuarios más marginalizados.
- El derecho de los usuarios de drogas de tener acceso geográfico, económico y cultural a los servicios de salud y la garantía de una atención oportuna, apropiada a sus necesidades, integral y continua.
- La necesidad de luchar contra las representaciones sociales estigmatizantes

y de incluir a los usuarios de drogas en el diseño y el desarrollo del trabajo preventivo.

Las estrategias de intervención que se desprenden de la política de reducción de daños se caracterizan por (Baulenas, Borrás y Magrí, 1998):

- Ampliar el abanico de la oferta de atención, estableciendo objetivos múltiples e intermedios.
- Adaptar las intervenciones a la heterogeneidad de usuarios de drogas y a sus trayectorias individuales.
- Establecer una relación profesional-usuario de drogas más igualitaria, flexible y participativa en la toma de decisiones.
- Aceptar la ayuda para lograr el consumo controlado como un objetivo que se ha demostrado posible.
- Recursos más abiertos, amigables y no censoriales.

Estas estrategias dan lugar a varios tipos de acciones, que pueden ser implementadas conjunta o separadamente, de acuerdo a las realidades de cada comunidad. Como acciones habituales, agrupadas por su orientación a las distintas problemáticas, pueden señalarse las tendientes a:

- **Promover el consumo con menos riesgo.** Están dirigidas a la educación sanitaria y suelen tener lugar en los entornos próximos a los lugares de consumo. En el caso de usuarios de drogas inyectables, incluyen los programas de intercambio y/o distribución de jeringas, que se pueden realizar desde diferentes lugares (equipos móviles con agentes de salud en la calle, centros de atención primaria, hospitales, centros específicos, farmacias, etc.) y los centros de inyección segura.
- **Promover el sexo más seguro.** Proporcionan educación sobre sexualidad y prevención y favorecen el acceso a preservativos.
- **Brindar cuidados mínimos.** Ofrecen servicios de ayuda social y sanitaria de base, adaptados a los estilos de vida de los usuarios y facilitan el acceso a la red socio-sanitaria. Incluyen los programas de bajos requerimientos.
- **Reemplazar el uso de sustancias adquiridas en el mercado ilegal por sustancias prescritas.** Incluyen los programas de mantenimiento con metadona o los programas de dispensación controlada de heroína.
- **Promover el trabajo entre pares y la autoorganización de los usuarios de drogas.** Propician el protagonismo de los propios usuarios como agentes de prevención y por la defensa de sus derechos ciudadanos.

Aunque en la mayoría de los países, los programas de reducción de daños se han desarrollado prioritariamente en torno al consumo de drogas inyectables, su campo de acción es más amplio y su metodología es aplicable a cualquier tipo de usuario de drogas y a diversos tipos de daños.

3.3. La eficacia de los programas de reducción de daños

Muchos de los programas de reducción de daños orientaron su acción especialmente a los usuarios de drogas inyectables, población identificada como más vulnerable a la transmisión del VIH/sida por el uso compartido del material de inyección. Hay una amplia documentación internacional de los resultados de los programas orientados a esa población, que resulta importante para pensar cambios en los dispositivos de atención y en las políticas gubernamentales que favorecieron la disminución del impacto de la epidemia en diferentes contextos.

Numerosos estudios han mostrado que los usuarios de drogas son capaces de modificar sus conductas para reducir los riesgos relacionados con su consumo. De hecho, la introducción de los programas de reducción de daños consiguió la estabilización de la prevalencia del VIH y de otras infecciones sanguíneas entre los consumidores de drogas en aquellos lugares en los que han implantado.

Tal es el caso por ejemplo de Australia, que ha adoptado a la reducción de daños como política oficial desde 1985. Las campañas públicas de información se construyeron reconociendo que muchos usuarios de drogas continúan consumiendo más allá de los perjuicios que podría ocasionarles, por lo que siempre incluyeron información acerca de cómo descender los niveles de consumo, más que subrayar la abstinencia como única meta a alcanzar. El primer programa no oficial de intercambio de jeringas se estableció en noviembre de 1986 y un mes después ya había programas de este tipo en el área pública de salud. El gobierno australiano también proveyó fondos a las organizaciones de usuarios de drogas que contribuyeron al desarrollo de este tipo de programas. Gracias a la aplicación temprana de medidas de reducción de daños, los indicadores acerca del creciente control de la epidemia de hepatitis C, que es significativamente alta entre los usuarios de drogas que comparten el equipo de inyección (Rossi, 2001). Actualmente los investigadores australianos reportan una prevalencia del 2% de VIH en la población usuaria de drogas inyectables y una prevalencia del 50% de hepatitis C, que tiende a disminuir (Wodak, 2000).

En un estudio realizado en cinco ciudades con poblaciones de usuarios de drogas que han mantenido una baja prevalencia del VIH (Glasgow, Escocia; Lund, Nuevo Sur de Gales, Australia; Tacoma, EE.UU. y Toronto, Canadá) se encontró que todas presentaban los siguientes componentes: comenzaron actividades de prevención cuando los niveles de infección eran aún bajos, brindaron dispositivos de inyección y esterilización y llevaron a cabo programas de acercamiento con usuarios de drogas inyectables (Des Jarlais *et al.*, 1995).

Por otra parte, la evaluación de los programas de reducción de daños indi-

SOCIAL EN LOS...
tidades de consumo;

ca que no han producido los efectos negativos que algunos presagiaban. La bibliografía internacional concluye que los programas de intercambio de jeringas reducen la transmisión del VIH, sin promover un aumento en el consumo de drogas (Paone et al., 1994; Lurie y Reingold, 1993). Tampoco aumentan el número de jeringas abandonadas en la vía pública (Doherty et al., 2000).

Un estudio norteamericano aplicó un modelo matemático simple, construido para estimar el número de infecciones por VIH que podrían haberse evitado si hubiese habido en EE.UU. la misma proporción de programas de intercambio de jeringas que hay en Australia. Indicó que se podría haber evitado la transmisión del VIH entre por lo menos 9.666 personas durante el período 1987-1995. A este dato se agregó el cálculo de 538 millones de dólares en gastos de atención a estas personas que también podrían haberse evitado (Lurie, 1997).

Además de intervenir tempranamente, los resultados de múltiples investigaciones sugieren que las medidas de prevención que pretendan ser efectivas, deben incluir programas comunitarios en los que los usuarios de drogas colaboren con la transmisión de medidas de cuidado. También es necesario promover el acceso a una gama más amplia de ofertas de servicios de tratamiento para usuarios de drogas.

3.4. La modificación de los dispositivos de intervención

Como señaláramos, los programas de reducción de daños orientados a usuarios de drogas construyen sus intervenciones considerando que la abstinencia no es la única meta a ser alcanzada. Para ello, los servicios son más accesibles a los usuarios tanto en cuanto a la localización como a la flexibilidad de horarios y a los requerimientos. En lugar de esperar la demanda espontánea, los centros difunden y ofrecen sus servicios en los locales de reunión de los usuarios de drogas y a través de sus redes de interacción habituales. El trabajo callejero constituye una estrategia clave. Estos programas se apoyan en la participación de los mismos usuarios de drogas como actores de la prevención.

A fin de eludir una construcción de la atención basada en modelos tradicionales, la psicóloga Lía Cavalcanti propone la intervención comunitaria como una posibilidad de reducir los daños relacionados con las drogas fundada en una "asociación triangular entre las tres fuerzas esenciales de la intervención: los profesionales de la acción sanitaria y social, los propios usuarios de drogas y la población que pertenece al tejido social en el que se inscriben los problemas" (Cavalcanti, 1996: 42). El acento se coloca en la intervención social en los contextos de uso y en el reconocimiento de la pluralidad de modalidades de consumo; el trabajo colectivo en red es el vector esencial de este

tipo de acción. Por una parte, la prevención se dirige a los usuarios de drogas y, por otra, los otros sectores de la comunidad son activos. Toda la comunidad es susceptible de ser movilizada.

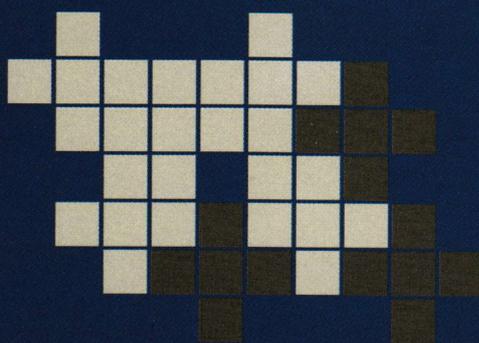
Los discursos que sostienen los dispositivos de reducción de daños son diferentes de los que mantienen y reproducen el abstencionismo. La reducción de daños concibe al usuario de drogas como a una persona responsable, con poder de acción en los colectivos en los que se inserta, por lo que lo considera un aliado en la prevención. Reconoce en las nuevas formaciones, sociales y discursivas, de incluidos-excluidos, integrados-vulnerables-marginales, la instalación e internalización de una nueva matriz simbólica y colectiva que implica nuevas fuentes de sufrimiento subjetivo y social. Descubre en el padecimiento¹⁵ dos vertientes, uno de reconocimiento subjetivo y otro de reconocimiento social. En realidad, el dolor (tanto físico como mental) se vuelve significativo en la medida que obtiene reconocimiento social y se transforma en reivindicación (Bialakowsky *et al.*, 2001). Por ello, responsabilizar al usuario de drogas supone un trabajo con los procesos de construcción de identidad y de estigmatización social; se trata de revertir una posición de exclusión en una persona con una identidad subjetiva y socialmente connotada como desfavorable.

Los dispositivos de intervención aplican el control a las situaciones, no a los individuos. Este modo de acción institucional obedece a nuevos esquemas espaciales. Se trata menos de dividir el espacio social entre lugares cotidianos y de excepción (prisión y hospital) que de construir un ámbito continuo de control graduado con intensidades variables según los contextos. La descentralización y la constitución de una red plena de experiencias constituyen los sentidos de una acción distribuida e informal (De Munck, 1996).

La transversalidad reemplaza la división de trabajo anterior. Más que desde una función predeterminada (policía, medicina, ayuda social), la diferenciación de tareas está concebida como un conjunto de competencias integradas en una acción común definida a partir del problema a tratar. En consecuencia, los dispositivos pragmáticos de coordinación transversales se desarrollan ligando a interventores con competencias diversas.

La intervención, entonces, "se complejiza en el sentido de inscribirse en los nuevos paradigmas de atención entre cuyos atributos descubrimos: a) la complejidad contextual de la droga como objeto de consumo; b) la complejidad contextual de la droga como objeto de producción; c) el padecimiento social relacionado con el padecimiento subjetivo; d) la variación de los enfoques científicos para trabajar con objetos previamente definidos como complejos" (Bialakowsky y Cattani, 2001: 13).

15 El concepto de padecimiento es útil para reconocer el compromiso de la subjetividad en sus múltiples dimensiones (sufrimiento, deseo, placer, erotismo, emociones, etc.). Esta noción remite a vivencia, a experiencia, a acontecimiento significativo, y permite reconstituir conceptualmente materialidad y simbolización en los procesos de salud-enfermedad (Grimberg, 1997).



Intercambios, Asociación Civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas, es una organización no gubernamental creada en la ciudad de Buenos Aires en 1995.

Como misión institucional se propone aportar, en el marco de los derechos humanos, a la construcción y aplicación del conocimiento de los problemas relacionados con las drogas.

Intercambios reconoce que la estigmatización y discriminación asociadas a estos problemas sociales, en muchos casos, generan prácticas violatorias de los derechos de las personas, por lo que inscribe su accionar en el horizonte ético de la defensa de los derechos humanos, el compromiso social y la rigurosidad científica.



Intercambios Asociación Civil
para el estudio
y atención de problemas
relacionados con las drogas



Federación Internacional de
Universidades Católicas

El uso de sustancias psicoactivas —una práctica enraizada en la historia de la humanidad— se ha constituido en un problema que convoca a la comunidad académica, a los organismos gubernamentales encargados de las políticas de control, a los profesionales que actúan en los más diversos ámbitos, a la comunidad toda.

El presente estudio intenta aportar a la comprensión del consumo de pasta base de cocaína, un nuevo patrón de uso en Argentina. El libro debate las construcciones conceptuales que sustentan diversas líneas de intervención y articula las especificidades del uso de drogas con las interrelaciones entre procesos biológicos, psicológicos, socioeconómicos, políticos y culturales. Presenta también los resultados del estudio realizado en comunidades pobres de Buenos Aires.

Al aceptar la invitación de la Federación Internacional de Universidades Católicas para integrar el Laboratorio Internacional Universitario de Estudios Sociales, Intercambios Asociación Civil asumió el compromiso de cooperar con otros equipos de América Latina en la producción científica y en el desarrollo de formas innovadoras de acción social.