

## **Consumo de drogas en Argentina 1994 - 2004**

---

**Equipo Intercambios Asociación Civil<sup>51</sup>:**

Touzé, Graciela<sup>52</sup>

Pawlowicz, María Pía

Rossi, Diana

Goltzman, Paula

Cymerman, Pablo

### **Presentación**

El siguiente informe presenta el estado del arte de los estudios relacionados con el consumo de drogas en la Argentina, en el período 1994-2004, que abarca una década de cambios económicos acompañados por una profunda crisis social y política, al tiempo que el desempleo y las condiciones de pobreza se fueron agravando y configuraron un fuerte marco de exclusión social.

En primera instancia se abordan los modelos teóricos que están presentes en las diferentes esferas de intervención, asistencia y regulación de las prácticas de consumo de drogas, donde se observa que la mayoría de estos modelos se organizan en torno a un mismo paradigma de tipo abstencionista. Esta perspectiva es la que enmarca muchos de los estudios académicos y de agencias gubernamentales. En menor medida, algunos estudios de organizaciones no gubernamentales y grupos académicos han orientado sus investigaciones bajo otros paradigmas, como el de la reducción de daños.

En segundo término se indican datos del contexto político-social del uso de drogas en Argentina, con especial énfasis en la crisis que atravesó el país en el bienio 2001-2002. Dado que el objeto de estudio está sujeto a la lógica combinada de los aparatos sanitario y judicial, se analizan las peculiaridades del sistema de salud argentino y de la oferta asistencial en materia de drogas así como el marco jurídico que regula esta temática.

Finalmente se presentan resultados de diversos estudios nacionales que informan sobre tasas y tendencias del uso de drogas, los problemas de salud asociados a estos consumos, las características de los dispositivos de intervención y la demanda de atención por drogas.

### **1. Construcción social del problema drogas**

El uso de sustancias psicoactivas constituye un fenómeno que adquiere distintas expresiones y al que se le asignan diversas significaciones, de acuerdo al momento histórico, la cultura, el modelo económico, la situación particular de un país, los sentidos que le otorgan los sujetos y las propias diferencias entre las sustancias. Pese a su carácter plural –y merced a una compleja trama de representaciones y de prácticas-, se insiste en homogeneizar el “problema de la droga” y presentarlo como un fenómeno uniforme,

---

<sup>51</sup> Agradecemos por su colaboración a Ingrid Tartakowsky López, Ana Urcelay Vidal, Dhan Zunino Singh, Araceli Galante, Malena Silberberg y Laura Orsetti.

<sup>52</sup> Directora local del Proyecto, e-mail [Hgratouze@intercambios.org.ar](mailto:Hgratouze@intercambios.org.ar)

universal y ahistórico. Esta construcción social del problema refuerza procesos de normatización y disciplinamiento social y se expresa en políticas criminalizadoras y estigmatizantes de prácticas y grupos sociales (Touzé, 1996).

La “medicalización de la vida”, proceso que va definiendo y etiquetando lo normal-anormal, se dio al mismo tiempo que la Medicina se afianzaba como agente de control social, movimiento que se asocia con el despliegue de los dispositivos de poder sobre la vida – *biopolítica de la población*-, que se inició a mediados del siglo XVIII. Ese bio-poder fue, a no dudarlo, un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; éste no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos (Foucault, 2002). Es en este contexto en que el uso de drogas comenzó a ser definido como anormal en la segunda mitad del siglo XIX, con la emergencia de una voluntad de los Estados de intervenir en estos consumos, que implicó el pasaje de una práctica integrada socialmente durante siglos a una práctica definida como desvío y controlada -sucesiva y conflictivamente- por diversas agencias (Touzé, 2001).

Argumentos como el de la “peligrosidad” de las sustancias dieron sustento a las actuales formas de control social de las drogas y de sus usuarios, controles que oscilan entre la definición de delito y de enfermedad, tensionando una lógica combinada de cura y de castigo (Rossi, 1998).

### **1.1.- Las políticas sobre drogas**

En los últimos cien años, el uso de drogas se ha constituido en una “cuestión social”, en tanto que distintos actores (incluyendo al Estado) han tomado posición en relación al tema y lo han transformado en un problema social. Las políticas estatales pueden entenderse como “un conjunto de iniciativas y respuestas manifiestas o implícitas que permiten inferir la posición -predominante- del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad” (O'Donnell y Oslak, 1976: 23). Las políticas estatales son “nudos” del proceso social, en tanto producen normas de cumplimiento supuestamente obligatorio y repercuten ampliamente en la sociedad.

La toma de posición del Estado no es homogénea, unívoca ni permanente. Cada unidad y aparato estatal involucrado puede tener predisposiciones y decisiones diferentes, que además, pueden estar influidas por otros actores. De modo que la formulación y la implementación de las políticas estatales pueden tener un carácter negociado o abiertamente conflictivo. Por otra parte, hay que tener en cuenta que las políticas estatales generan repercusiones dentro del Estado mismo. Cuando una unidad toma una posición, genera repercusiones “horizontales” (toma de posición de otras unidades) y “verticales” (atribución de competencia y asignación de recursos) a unidades dependientes, y pueden surgir nuevos aparatos burocráticos o la modificación de los preexistentes, superponiéndose con otras burocracias especializadas en torno a la cuestión. Es importante tener en cuenta que estas estructuras tienen capacidad para redefinir la toma de posición del Estado en torno a la cuestión (O'Donnell y Oslak, 1976).

Las políticas sobre drogas se definen en torno al control de la oferta y la demanda. En relación a la **oferta**, se advierten tres posturas -criminalizadoras, legalizadoras y liberalizadoras- siendo hegemónica la primera (Szasz, 1993). En el plano de las políticas de control de la **demanda**, también se evidencian diferentes enfoques, que discuten qué hacer con las sustancias y con sus consumidores. Estos enfoques han dado lugar a la configuración de modelos de intervención que utilizan categorías analíticas diversas y aún contrapuestas (Touzé, 1992)<sup>53</sup>. Retomando el clásico trabajo de Helen Nowlis (1975) que considera la interacción entre la sustancia, la persona y el contexto, es posible identificar cuatro enfoques: el ético jurídico, el médico sanitario, el psico social y el socio cultural. Más allá de sus puntos en común y sus controversias, estos modelos se traducen en políticas preventivo-asistenciales asentadas en el paradigma de la **abstención**. Por el contrario, en las últimas décadas ha ido ganando aceptación el paradigma de la **reducción de daños** que considera de manera diferente la relación de la persona, la sustancia y el contexto. Este postula 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, que tiene como objetivo prioritario disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas (O'Hare, 1994).

Los paradigmas abstencionista y de reducción de daños se reproducen en las políticas estatales y expresan “cosmovisiones del mundo” que representan y articulan ideologías y conceptualizaciones de diferentes campos disciplinares como el biomédico, el jurídico y el de las ciencias sociales.

## 1.2.- Los dispositivos de intervención

Estos paradigmas son a su vez reproducidos, transformados, confrontados por los dispositivos de intervención, que son expresión –a veces contradictoria- de las políticas estatales. Consideramos a los dispositivos de intervención como un conjunto de actividades sistemáticas llevadas a cabo -en el caso de los dispositivos preventivo asistenciales- por diversos “especialistas”.

Desde una perspectiva foucaultiana, los dispositivos están constituidos por una pluralidad de individuos, objetivo u objetivos comunes, un espacio dado, un tiempo determinado, y una inscripción institucional. Según Márquez (1995) los dispositivos son formaciones que en cierto momento histórico responden a una urgencia, ya que su función suele ser “estratégica dominante”. Los dispositivos se implementan y diseñan para una cierta población objetivo y utilizan un conjunto de herramientas para la atención de personas, tales como: encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, horarios, formas de contener, de escuchar, de orientar.

A partir de estas delimitaciones conceptuales, consideramos que distintos dispositivos de intervención pueden coexistir en una misma institución. Por ejemplo, una institución puede implementar al mismo tiempo: grupos de reflexión, terapia individual e internación. En algunos casos se secuencian los dispositivos como pasos progresivos de un tratamiento, en otros se indica el tipo de dispositivo de acuerdo a las características de cada paciente.

---

<sup>53</sup> Por *modelo*, entendemos a “un esquema sintético y abstracto que ordena en una construcción rigurosa los elementos de la realidad” (Ramírez Monagas, 1987: 98).

Los dispositivos involucrados en la asistencia del uso de drogas en nuestro país muestran una gran heterogeneidad. Hay modalidades de atención ambulatoria y de internación, más y menos restrictivas. Se diferencian dispositivos según se trate de abordajes individuales, grupales, familiares, comunitarios. Los marcos conceptuales van desde la Psiquiatría a enfoques de distintas vertientes del Psicoanálisis, pasando por terapias cognitivas y sistémicas. En los dispositivos grupales también se encuentran modalidades tan diferentes como “grupos operativos” (Pichón Rivière, 1975) y grupos de autoayuda.

Entre los “especialistas” en este campo, se distinguen dos perfiles principales: a) los profesionales con formación universitaria en diversas disciplinas y b) los usualmente denominados “operadores socioterapéuticos”, sin formación académica, que en muchos casos son usuarios de drogas rehabilitados, designados como ex-adictos. Esta diversificación del campo produce disputas por la incumbencia de la atención -que constituye uno de los problemas de investigación del presente estudio- y plantea complejos conflictos alrededor de los procesos de medicalización y de profesionalización (Turner, 1988), las estrategias de monopolio ocupacional, la búsqueda de autonomía técnica y las relaciones de hegemonía-subalternidad entre los “especialistas” (Menéndez, 1990) y entre las instituciones y corporaciones que los representan y agrupan.

Aunque los “especialistas” se posicionan de maneras diversas en relación a los paradigmas acerca del tema de las drogas, también se articulan otro tipo de creencias y de prácticas en la problematización de este tema que tienen que ver con el sentido común y la experiencia. Nos referimos a las representaciones sociales.

Las representaciones sociales articulan lo psicológico y lo social (Jodelet, 1986; Marková, 1996). Son “imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (Jodelet, 1986: 472-473). Son sistemas con una lógica propia, que se mantienen en el tiempo y son dinámicos. Moscovici señala que “poseen la naturaleza de un proceso psíquico apto para volver familiar, situar y hacer presente en nuestro universo interno lo que se halla a determinada distancia de nosotros, traducen la relación de un grupo con un objeto socialmente valorizado (...) motivan y facilitan la transposición de conceptos y teorías consideradas esotéricas al plano del saber inmediato e intercambiable, convirtiendo éstos en instrumentos de comunicación” (Moscovici, 1961: 42) Spink (1993) trabaja un concepto central de Moscovici que es que las representaciones sociales tienen poder creativo en su doble faz de ser estructuras estructuradas y estructuras estructurantes, desde una perspectiva constructivista. Considera dos ejes epistemológicos para explicar la génesis de las representaciones sociales: por un lado como una forma de conocimiento práctico para comprender y comunicar. Y por otro lado, su surgimiento como construcción de carácter expresivo de sujetos sociales respecto de objetos socialmente valorizados. Al mismo tiempo combinan la expresión de lo permanente con la multiplicidad y las contradicciones de la cultura.

Estos modos de conocer y de actuar influyen en el diseño y la implementación de los dispositivos de intervención y por este motivo resulta importante conocerlos ya que tienen efectos en las relaciones cotidianas de los “especialistas” con los usuarios de drogas.

## **2. Contexto político-social del uso de drogas**

Entre los países en desarrollo, la Argentina es relativamente rica. No obstante, a pesar de esta riqueza relativa, es un país con un grado alto de pobreza y de desempleo. “Después de décadas con una distribución del ingreso estable, desde mediados de los setenta la Argentina viene sufriendo profundas transformaciones distributivas. La desigualdad y la pobreza, que tradicionalmente se ubicaban en valores relativamente bajos y muy alejados del promedio latinoamericano, están hoy en niveles récord, más cerca del resto de los países del continente” (Gasparini, 2002: 1).

### **2.1. Las condiciones del contexto: los efectos de la crisis**

Durante los últimos veinte años Argentina atravesó una gran reestructuración económica. En la década de 1990 se aplicaron políticas de desregulación de la economía, restricción fiscal, privatización de las empresas estatales y de la infraestructura básica, y descentralización de funciones sociales, como la salud y la educación. La crisis inflacionaria -que en 1989 había llegado al máximo del 3.000 por ciento- se controló pero esta situación junto a los mercados competitivos y desregulados y la disciplina fiscal se asociaron con niveles más altos de desempleo; el índice de desocupación llegó, en octubre de 2001, al 18.3%.

En diciembre de 2001 colapsó el régimen de convertibilidad que regía desde 1991 y se anunciaron el control de cambios y la indisponibilidad de los depósitos. La fuerte devaluación de la moneda (de un peso a tres por dólar) produjo un rebrote inflacionario que tuvo secuelas mucho más graves entre los hogares de menores recursos, ya que el crecimiento de los precios de los productos alimenticios más básicos fue mayor que el de los otros bienes. En octubre de 2001 la proporción de pobres era de 38.3%. Desde entonces, la situación empeoró dramáticamente a raíz de la gran caída de la actividad económica, la desocupación, el empleo precario y el incremento del índice de inflación. Un informe gubernamental sobre la situación social Argentina señalaba que en mayo de 2002 había 20 millones de pobres (el 53% de la población), de los cuales 9.6 millones eran indigentes (SIEMPRO, 2002). Esta situación de crisis se hizo particularmente evidente en el Área Metropolitana de Buenos Aires<sup>54</sup>.

El análisis del contexto de grave crisis social, económica y política que atravesó la Argentina resulta de especial importancia para comprender las políticas, los servicios y las prácticas de uso de drogas en la década de 1994-2004. Es de destacar la tesis sostenida por

---

<sup>54</sup> El Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) es una de las cinco grandes áreas urbanas de América Latina. Incluye a la Ciudad de Buenos Aires y partidos del Conurbano Bonaerense (jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires). Estos últimos conforman el Gran Buenos Aires y, a su vez, se clasifican en primer y segundo cordón, con 11 y 13 municipios respectivamente. En una porción del territorio que no supera el 1% del total del país, el AMBA concentraba una población de 12.168.380 personas (un tercio del total del país), en mayo de 2002. Y genera alrededor del 50% del PBI del país.

diversos autores acerca de la influencia de las situaciones de crisis social en el curso de las epidemias de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. Los “grandes eventos” como las guerras, las revoluciones, las transiciones políticas, los colapsos económicos, produjeron un incremento a gran escala del número de usuarios de drogas inyectables, de otras prácticas de riesgo en el uso de drogas y también del trabajo sexual, por ejemplo en Rusia, los países de Europa del Este, Indonesia, Afganistán, Pakistán y probablemente también en Colombia y en Sudáfrica. Estas situaciones de crisis social influyen también en el cambio de las redes de uso de drogas y en las redes de intercambio sexual debido a las migraciones forzadas, el terror, el hambre, la desarticulación de las redes informales de control social y los severos traumas que esas situaciones provocan en la población (Friedman y Aral, 2001; Hankins y otros, 2002; Friedman y Reid, 2002).

## 2.2. El sistema de salud y la oferta asistencial en materia de drogas

Para el sector salud la década de 1990 también implicó una profunda reforma del sistema. Para comprenderla es necesario tener en cuenta que el sistema de salud en la Argentina, desde la década de 1940, está conformado por tres subsectores claramente diferenciados jurídica y financieramente: el estatal, el de las obras sociales y el privado. Los tres subsectores se interrelacionan, aunque cada uno tiene su lógica específica y está constituido por actores sociales que influyen en la gestión de las políticas sanitarias, configurando un sistema que tiende a la fragmentación.

En relación con la asistencia por uso de drogas, las acciones sanitarias tienen una complejidad aún mayor, dada por la existencia de un doble ámbito institucional de injerencia sobre esta temática: por un lado la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) –creada en 1989 y dependiente de la Presidencia de la Nación- y por otro, el Ministerio de Salud y Acción Social. En la década de 1990 se produjo un marcado crecimiento de la oferta institucional de servicios en materia de drogas con efectores diversos, y se descentralizó la atención hacia el subsector privado a través de sistemas de subsidios y becas.

El **subsector estatal** de salud está, a su vez, conformado por tres jurisdicciones diferenciadas. A nivel nacional, existen establecimientos y programas dependientes de la Secretaría de Salud de la Nación, de las universidades nacionales, de las fuerzas armadas, de seguridad y de otros organismos de este nivel. Las jurisdicciones provinciales comprenden una serie de instituciones y programas que dependen de las secretarías de salud de cada provincia, de las universidades provinciales, de los organismos de seguridad u otros de ese nivel. A su vez, mantienen a través de sus presupuestos la oferta de servicios hospitalarios de segundo nivel de atención de mayor cobertura. Por último, a nivel municipal se administran establecimientos y programas que tienen la mayor cobertura a nivel de atención primaria de la salud. El subsector estatal cubre mayoritariamente la atención, prevención y promoción de la salud de población de sectores medios y bajos de la sociedad. Este subsector sufrió el impacto de las políticas de reforma del Estado, que tendieron a reducir su rol. Se implementaron políticas de privatización, concesión, focalización y descentralización traspasando funciones al nivel provincial, al municipal y a organizaciones de la sociedad civil.

En relación a la atención por drogas, el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) –ubicado en la Ciudad de Buenos Aires- es el único establecimiento nacional. La provincia de Buenos Aires es la que cuenta con la estructura estatal más desarrollada; en 1993 creó la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones -hoy Subsecretaría de Atención a las Adicciones (SADA) dependiente del Ministerio de Salud provincial- que a finales de la década de 1990 coordinaba alrededor de 110 servicios asistenciales, distribuidos en 18 regiones preventivo-asistenciales.

Las **obras sociales** son organizaciones, generalmente sindicales, que administran el aporte obligatorio de los asalariados, y son reguladas por el Estado. Cumplieron históricamente un papel financiador de las prestaciones médicas, contratando principalmente con prestadores privados. En pocos casos han desarrollado capacidad instalada propia.

En marzo de 1995, se sancionó la Ley 24.455 que estableció que las obras sociales “deberán incorporar como prestaciones obligatorias (...) la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes”.

El **subsector privado** está compuesto por prestadores individuales y entidades cuyo patrimonio pertenece a organizaciones civiles (lucrativas o no) y a empresas comerciales. Desde el punto de vista formal están fiscalizadas por el Estado. También forman parte de este subsector instituciones de seguro de atención de los riesgos de enfermedad - denominados prepagos- que buscan cubrir a la población de altos y medianos ingresos, y de bajos riesgos.

En noviembre de 1996, se sancionó la Ley 24.754 que estableció que “las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, conforme a lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455”. De esta manera, en la medida en que las empresas de medicina prepaga se equipararon con las obras sociales sindicales, deben cubrir el tratamiento por drogas. El subsector privado incluye también a diversas fundaciones y asociaciones sin fines de lucro –las denominadas organizaciones no gubernamentales- que reciben fondos del Estado mediante un sistema de subsidios y becas de tratamiento y que son contratadas por las obras sociales.

En el marco general de los cambios que provocó la instauración de las políticas neoliberales se comprenden las transformaciones en el sector salud. Como señalan Stolkiner y otros (2000: 3) “la transformación regida por una tendencia hegemónica a someter el funcionamiento del sistema a la lógica del mercado, incorpora como premisas absolutamente indiscutibles el principio de financiación de la demanda en lugar de la oferta, el reemplazo de la lógica de solidaridad por la autoprovisión individual y la estratificación de los usuarios según su capacidad adquisitiva”.

### **2.3. La legislación sobre drogas**

El tratamiento jurídico de la posesión de drogas para consumo personal es diferente en la legislación de los distintos países de América Latina. La Argentina está entre los países que

la consideran un delito que merece la pena de prisión. Pero su consideración como delito no ha sido siempre la misma en la legislación penal Argentina. Entre 1926 y 1968 se trató como delito. Luego se realizó una modificación que expresamente excluía como infracción penal la posesión para uso personal. Esta situación continuó hasta el año 1974 cuando se sancionó la ley 20.771 que volvió a penalizar la posesión de drogas hasta con seis años de prisión, aunque estuviera destinada a uso personal. En 1986 la Corte Suprema declaró la inconstitucionalidad del artículo que lo establecía. Finalmente en 1989, se sancionó la ley que rige en la actualidad, la que nuevamente lo considera delito (Niño, 2001).

La ley 23.737 sobre tráfico y consumo de drogas, actualmente en vigencia, fue promulgada en 1989. Esta ley sanciona penalmente la tenencia de drogas, cualquiera sea su cantidad y cualquiera sea el propósito con que se tenga la droga. En caso de que los estupefacientes estén destinados al consumo personal, la punición puede ser reemplazada por medidas alternativas de seguridad "curativas" o "educativas", dependiendo de que se trate de un "drogadependiente" o de un "principiante" o "experimentador".

Un primer cambio significativo respecto de la orientación de las políticas de prevención y asistencia del uso de drogas se observa con la gestión de la SEDRONAR a cargo de Lorenzo Cortese (2000-2001), en la que se admite y recomienda la aplicación de programas de reducción de daños en ciertas circunstancias. La resolución 351 de 2000, emanada de la SEDRONAR, resuelve recomendar al Ministerio de Salud de la Nación la adopción de programas o medidas de reducción de riesgos para la salud destinados "a personas adictas que: a) no estén integradas o atendidas en los servicios y programas existentes o que hayan fracasado repetidas veces en los mismos; b) a la vez esté expuesta a un alto riesgo de daño grave a su salud por enfermedades infecciosas que se relacionan con el abuso de drogas y que también pueda producir accidentes fatales".

Asimismo, desde principios de la década de 2000 se presentaron diversos proyectos de ley que contemplaban la inclusión de medidas de reducción de daños o la modificación de normas que perjudicaran el desarrollo de este tipo de programas. También hubo una serie de proyectos legislativos tendientes a modificar la ley 23.737, así como a considerar el uso médico de sustancias ilegales como el cannabis. Más recientemente se presentaron proyectos de ley para despenalizar la tenencia de drogas para uso personal. Todo ello expresa un debate político, impulsado en la Argentina por algunas organizaciones no gubernamentales y por el ámbito académico, en relación con las consecuencias negativas de la aplicación de la ley 23.737 que, al caracterizar el uso de drogas como delito, propicia procesos de estigmatización y criminalización de ciertos conjuntos sociales.

Otro debate más reciente -que se originó en la gobernación de la Provincia de Buenos Aires- se orienta al control de las redes de microtráfico. En junio de 2005, se sancionó la ley 26.052 que modificó la ley 23.737 al facultar a los fueros provinciales para intervenir en casos de tráfico a pequeña escala. Con anterioridad a esta ley, sólo la Justicia Federal tenía facultades para aplicar la ley de Drogas.

Este último debate está inscripto en la discusión acerca de la seguridad ciudadana. La interpretación de quienes critican esta iniciativa es que tiende a aumentar la persecución de las redes de consumo y venta de drogas ilegales en las poblaciones pobres del Área



Metropolitana de Buenos Aires, en un proceso que puede favorecer el aumento de la corrupción y la criminalización de la pobreza (Cymerman, 2005).

### 3. Tasas y tendencias del uso de drogas en Argentina

Argentina ha comenzado recientemente a implementar un sistema de vigilancia epidemiológica en relación al uso de drogas que aporte información sobre prevalencia de consumo, incidencia y abuso de sustancias psicoactivas. En el período en estudio se han realizado dos encuestas nacionales en población general (Míguez, 1999; SEDRONAR, 2004) y un estudio en hogares en la Provincia de Buenos Aires (SADA, 2003). En población juvenil, se efectuó una encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media (SEDRONAR, 2001) y un estudio en población entre 16 y 26 años del conurbano bonaerense (SADA, 2004).

Con anterioridad a estos estudios, las estimaciones no contaban con fuentes verificables. No obstante en 1995, la SEDRONAR estimaba que existían en la Argentina alrededor de 290.000 adictos y sostenía que el número de consumidores se había mantenido estable pero había aumentado la cantidad de experimentadores (Diario La Razón, 1995).

El Primer Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Argentina (Míguez, 1999<sup>55</sup>) señaló que uno de cada 10 argentinos entre 16 y 64 años había consumido sustancias ilegales alguna vez en su vida y aproximadamente, tres de cada 100 lo habían hecho en los 30 días anteriores. Poco tiempo después, en la Provincia de Buenos Aires se calculaba que quince de cada 100 personas entre 15 y 65 años había consumido drogas ilegales alguna vez en su vida y ocho de cada 100 lo había hecho en los últimos 12 meses (SADA, 2003<sup>56</sup>). Estos datos sugerirían un incremento en el uso de drogas ilegales o, al menos, un mayor reconocimiento de esa práctica entre los entrevistados de la Provincia de Buenos Aires. A nivel nacional, no es posible confirmar esta tendencia, dado que el Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas no es comparable con el de 1999 “por razones de dominios muestrales, de ponderaciones de la muestra y de metodología de abordaje” (SEDRONAR, 2004: 4<sup>57</sup>). Este estudio halló que entre personas entre 15 y 65 años, siete de cada 100 habían consumido marihuana, y dos y media de cada 100 cocaína, alguna vez en la vida, en tanto que en los últimos 12 meses las prevalencias descendían a 1.9 y 0.3 respectivamente.

---

<sup>55</sup> Estudio encomendado por la SEDRONAR a un equipo de investigadores del Programa de Epidemiología Psiquiátrica del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), dirigido por Hugo Míguez. Se trabajó con una muestra de 2.699 casos, que fue probabilística en hogares, con selección final del entrevistado de acuerdo a cuotas por sexo y edad representativas según el censo de 1991. Se entrevistaron personas de 16 a 64 años, de nivel socioeconómico bajo (60.5% de los entrevistados) y medio-alto (39.5%).

<sup>56</sup> El estudio contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, el Programa de Epidemiología Psiquiátrica del CONICET y la Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de Buenos Aires. Se trabajó con una muestra representativa de hogares para población de 15 a 65 años de edad residente en la Provincia de Buenos Aires.

<sup>57</sup> Se aplicaron dos cuestionarios diferenciales según grupo etáreo (uno de 12 a 15 y el otro de 16 a 55 años) con el objetivo de medir el consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales, y un tercer cuestionario que relevó información sobre la composición y características de los hogares. La muestra comprendió 7.650 viviendas. El estudio se realizó junto con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) con vistas a asegurar la comparabilidad de los datos con un estudio a realizarse en el año 2006.

Es importante subrayar que numerosos estudios realizados a lo largo de la década hacen referencia al policonsumo de sustancias. Se destaca notoriamente la combinación del uso de bebidas alcohólicas junto con alguna otra droga (SEDRONAR-CENARESO, 1998; Mac Nally y otros, 1998; Ahumada, 2003; Rossi y otros, 2003b; SEDRONAR, 2004).

Cabe señalar que en la Argentina, son pocas las investigaciones realizadas con usuarios de drogas no institucionalizados (Touzé y otros, 1999; Kornblit y otros, 2002; Rossi y Rangugni, 2004); la mayoría se han realizado con población internada o ambulatoria de centros de rehabilitación (Míguez y Grimson, 1997; Kornblit y otros, 1997). Los estudios que relevan los consultantes en servicios de emergencia o en centros de tratamiento buscan caracterizar el perfil de la población que acude a los mismos (SEDRONAR-CENARESO, 1998; SEDRONAR, 2003; Ahumada y otros, 2004).

Desde un punto de vista sociocultural, el consumo de drogas representa un fenómeno complejo que varía según la cultura, el momento histórico, el tráfico, los grupos sociales y los discursos que se construyen sobre el “problema de la droga”. Respecto a la asociación entre prácticas de uso de drogas y problemas de salud en poblaciones urbanas pobres, la bibliografía internacional indica que los estudios de relevancia en el campo de las ciencias sociales se centraron en la dinámica de las redes sociales y las estrategias de vida grupal (Friedman y otros, 2001); en la diversidad de modalidades de uso de drogas y la vida cotidiana de sujetos y grupos (Romaní, 1992); en el problema de la violencia y la supervivencia en las calles (Bourgois y Elhaik, 2002).

Los sentidos que los sujetos construyen acerca del uso de drogas se asocian con el contexto de consumo, con el tipo de sustancia, y con la edad y sexo de los sujetos. Diversos estudios que indagan sobre las representaciones y prácticas de usuarios de drogas dan cuenta de esta variabilidad y diversidad.

Míguez (1997b) observó en 659 internados en comunidades terapéuticas<sup>58</sup>, que los varones manifestaban que las fiestas y los grupos de amigos constituían situaciones en las que se consumían drogas, caracterización que se acentuó entre los de menos edad, mientras que en las mujeres, el consumo se vinculaba con la situación de pareja y con las relaciones sexuales, especialmente en las menores de 21 años.

Otro estudio (Ianowski y Colombo, 1999<sup>59</sup>) realizado en Viedma, Provincia de Río Negro, describió que las drogas eran percibidas como estimulantes y como guías para las prácticas sociales, más que como sustancias ilegales. Al mismo tiempo, mostró que el inicio del consumo se realizaba en compañía de un familiar, amigo y en menor medida, un compañero de trabajo o estudio. Entre las motivaciones del consumo, se mencionaron el placer, la tranquilidad y la costumbre, pero también el aburrimiento, la búsqueda de

---

<sup>58</sup> La mayor parte de los internados era gente muy joven, casi el 60% de ellos estaba por debajo de los 21 años. Los varones representaban el 80% de los casos internados.

<sup>59</sup> El estudio indagó las representaciones y hábitos de 17 consumidores de drogas ilegales no internados en instituciones. El consumo por parte de los entrevistados era de al menos una vez por mes, sostenido por lo menos por un año. Del total de entrevistados, sólo 5 consumían cocaína, el resto cannabis.

aislamiento, la carencia de un reconocimiento social y la necesidad de no sentirse discriminado por sus pares. Los autores concluyeron que, según los individuos o los grupos, hay diversidad de efectos, frecuencias y funciones del uso de drogas. Un estudio posterior en Buenos Aires (Rossi y otros, 2003b<sup>60</sup>) llegó a conclusiones similares, contradiciendo algunos de los estereotipos frecuentes sobre los consumidores de drogas, por ejemplo, el que refiere que sólo viven pendientes de su consumo; de hecho, el 65.3% de los usuarios encuestados trabajaba y la media de cantidad de horas trabajadas por semana era de 39 horas.

La diferenciación del consumo por sustancia permite conocer las particularidades del uso de cada droga: Para estos efectos, a continuación se analizarán fuentes secundarias cualitativas, comenzando por la cocaína en sus diferentes formas y vías, siguiendo por el cannabis, el alcohol y los medicamentos no prescriptos.

### **3.1. Consumo de cocaína**

Según los estudios disponibles, el consumo de clorhidrato de cocaína sería mayor en la Ciudad y en la Provincia de Buenos Aires que en otras partes del país. El Primer Estudio Nacional (Míguez, 1999) halló en la Ciudad de Buenos Aires una prevalencia en los últimos 30 días de 1.7% versus 1.2% del promedio nacional, mientras que en el Estudio Provincial de Hogares (SADA, 2003) este indicador fue del 1.4%.

Si bien como se señalara los Estudios Nacionales de consumo de drogas no son comparables, en ambos el grupo etáreo de 16 a 24 años fue el que presentó la mayor prevalencia de uso frecuente de cocaína (Míguez, 1999; SEDRONAR, 2004).

Respecto a la distribución por sexo, el Primer Estudio Nacional señaló una progresiva equiparación de la mujer al varón en el uso frecuente de cocaína. No obstante, la mayoría de las investigaciones muestran mayor consumo en los varones. En un estudio con grupos en situación de pobreza, la razón varón/mujer fue de 3 a 4 varones por cada mujer (Míguez, 1997a<sup>61</sup>). Estos datos son consistentes con los resultados del Segundo Estudio Nacional (SEDRONAR, 2004) que arrojaron prevalencias de vida, en la franja etárea de 12 a 15 años, de 0.2 para varones y 0.0 para mujeres, y de 4.1 y 0.9 respectivamente en la población entre 16 y 65 años. Las redes de consumo son también diferentes por sexo. Resulta más habitual encontrar redes de consumo conformadas únicamente por varones, o por varones y alguna mujer no muy estable en el grupo, que redes de consumo conformadas sólo por mujeres (Rossi y otros, 2003b).

En relación con el nivel socioeconómico, en el Primer Estudio Nacional se observó que predominaban los grupos ubicados en un nivel socioeconómico bajo en el uso frecuente en los últimos 30 días, conformando un perfil sociodemográfico similar al del abuso de alcohol, asociado a las situaciones de mayor vulnerabilidad social. Míguez (1997a)

---

<sup>60</sup> Se entrevistaron 150 usuarios de cocaína inhalada, aspirada o fumada que hubieran consumido al menos una vez en el mes previo a la encuesta y que no estuvieran en tratamiento por uso de drogas.

<sup>61</sup> Se entrevistaron 137 casos de consumo actual de cocaína de por lo menos una vez al mes, residentes en dos barrios del norte del Conurbano Bonaerense.

considera que la cocaína dejó de ser una sustancia considerada de consumo casi exclusivo de sectores de alta capacidad económica, como lo era décadas atrás, para pasar a ocupar un lugar de agente catalizador o de “uso utilitario” como reductor del miedo, tal como tradicionalmente lo ha tenido el alcohol.

Una tendencia emergente en esta década es el uso de pasta base de cocaína que pareciera haberse extendido en los últimos años. Si bien ambos Estudios Nacionales refirieron prevalencias de consumo de pasta base menores que las de clorhidrato, el segundo destacó un mayor nivel de alarma social respecto de su consumo.

Uno de los primeros estudios cualitativos realizados en Buenos Aires sobre el uso de esta sustancia (Goltzman y otros, 2002<sup>62</sup>) describió la diversidad de sensaciones que los entrevistados le asociaban, entre las que se destacaban, aumento de la actividad psicomotriz, rigidez, y “sensación de paranoia”. La poca y vaga información que los usuarios tenían sobre las sustancias, las combinaciones y los efectos se relacionaron con un escaso conocimiento respecto de los cuidados a adoptar en el consumo.

Una mención particular merece la práctica de consumo inyectable, siendo la cocaína la sustancia más consumida por esta vía (Kornblit y otros, 2002; Touzé y otros, 1999; Rossi y Rangugni, 2004), a diferencia del patrón de consumo en otros países donde prevalece el uso inyectable de heroína.

El uso de drogas inyectables (UDI) es una práctica fundamentalmente masculina, con una prevalencia de alrededor del 80% de varones y el 20% de mujeres, similar en los diferentes estudios (Kornblit y otros, 1997 y 2002; Touzé y otros, 1999; Rossi y Rangugni, 2004).

Respecto a la distribución de las edades, el uso inyectable tiende a ser más frecuente en sujetos mayores. Mientras que a finales de 1990, las edades de los UDIs se concentraban (43%) entre los 26 y los 34 años (Kornblit y otros, 1997), estudios más recientes hallaron que casi la mitad (48.5%) de 140 UDIs entrevistados tenía entre 30 y 39 años (Rossi y Rangugni, 2004). Esto se comprende si se tiene en cuenta que el uso inyectable es, actualmente y en nuestro medio, una práctica menos extendida que décadas atrás.

### **3.2.- Consumo de cannabis**

Entre las drogas ilegales en la Argentina, el cannabis es la de mayor consumo (Míguez, 1999; Kornblit y otros, 2002), especialmente en la Ciudad de Buenos Aires donde los índices de uso en los últimos 30 días alcanzaban un 7.7% contra el 2.2% del promedio nacional (Míguez, 1999). Con respecto a la población juvenil, la primera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media (SEDRONAR, 2001<sup>63</sup>) indicó que un 5% de los jóvenes la había usado alguna vez y algo menos del 2% en los últimos 30 días.

---

<sup>62</sup> Este estudio, desarrollado por la Asociación Intercambios con apoyo de la FIUC, entrevistó a 31 usuarios de pasta base de cocaína y crack de barrios pobres de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires (Goltzman y otros, 2000).

<sup>63</sup> La encuesta fue autoadministrada y la respondieron 31.600 estudiantes de 12 a 17 años, de 676 colegios públicos y privados de la Argentina, en 333 localidades (capitales de provincia y localidades del interior). La muestra es representativa de 2.778.763 de jóvenes escolarizados.

A diferencia de otras sustancias, se relevaron altos índices de monoconsumo; 66.5% de la población que usaba drogas ilegales consumía una sola sustancia, predominando el cannabis (Míguez, 1999).

Los datos oficiales (Míguez, 1999; SEDRONAR, 2004; SADA, 2003) indican que, como con la cocaína, el uso de cannabis pareciera tener un perfil sociodemográfico similar al del abuso de alcohol, asociado con más frecuencia a poblaciones en situación de pobreza. Este resultado no se corresponde con la percepción general acerca de la extensión de su uso también en sectores medios y altos, y puede deberse a un sesgo metodológico en la recolección de los datos. Cabe señalar que el mercado de cannabis es uno de los más accesibles (Míguez y Grimson, 1997) y la tolerancia social hacia su consumo es mayor que hacia otras sustancias ilegales.

La edad de inicio en su consumo pareciera más temprana que en el de la cocaína, si bien los promedios de edad difieren según los estudios: 11,9 años (SEDRONAR, 2004), 15 años (SEDRONAR, 2001). Al igual que con la cocaína, la mayor prevalencia de uso frecuente de cannabis se encontró en el grupo etáreo de 16 a 24 años (Míguez, 1999; SEDRONAR, 2004).

Los estudios cualitativos muestran diversas representaciones de los propios consumidores sobre sus pares, en función de la sustancia que usan. El usuario de cannabis fue descrito como tranquilo, comunicativo, pacífico, amable, creativo, normal, en tanto que el de cocaína era representado como un sujeto cerrado, opaco, frío, vicioso, alguien con quien no se puede charlar y autodestructivo (Ianowski y Colombo, 1999). En el mismo sentido, en un estudio etnográfico realizado en Buenos Aires (Mac Nally y otros, 1998), los usuarios de drogas entrevistados atribuían un valor recreacional social al cannabis, considerándolo menos perjudicial para la salud y que no creaba dependencia física. En contraposición, juzgaban que los efectos de la cocaína eran más peligrosos y que promovían el aislamiento social.

### **3.3.- Consumo de Alcohol**

Diversos estudios han demostrado que, en la década estudiada, hubo un incremento en el uso de bebidas alcohólicas en la población general. Pareciera que el aumento fue importante entre 1990 y 1997 (Míguez, 1999).

Este aumento de consumo de bebidas alcohólicas se concentró en los jóvenes. Tomando el grupo de 18 a 24 años, un estudio nacional de opinión pública realizado por una consultora (Gallup, 2000) mostró que entre 1984 y 2000 había crecido significativamente el porcentaje de bebedores ocasionales, en menor proporción había crecido el porcentaje de bebedores asiduos, mientras disminuía claramente el número de abstemios. Los datos oficiales también indicaron esa tendencia, ya que la población de 16 a 24 años fue el grupo de edad que presentó la mayor prevalencia (79.5) de uso de alcohol en los últimos 12 meses (SEDRONAR, 2004), en tanto que entre estudiantes de enseñanza media, la prevalencia del consumo de alcohol fue del 64.4% (SEDRONAR, 2001). El perfil del abuso así como el de la dependencia también correspondió a un grupo predominantemente joven, que además

tenía menor nivel educativo y situación económica precaria (Míguez, 1999). Otros estudios confirman que las drogas legales -como el alcohol y el tabaco- son las más consumidas por los jóvenes del país (Ahumada, 2003).

El 80% del incremento en la ingesta de alcohol referido entre 1990 y 1997 se relaciona con el uso de cerveza (Míguez, 1999; Diario la Nación, 1998). Esta fue la bebida más mencionada (80%) seguida por el vino (50%) por los estudiantes de escuelas medias (Ahumada, 2003). La Cámara de la Industria Cervecera informó que en la Argentina se pasó de la venta de 240 millones de litros de cerveza en 1980, a 1.300 millones de litros en el 2003; esto equivale a un crecimiento del 400%.

El consumo de alcohol es mayor en los varones que en las mujeres (8 de cada 10 varones versus 7 de cada 10 mujeres) (Míguez, 1999; Diario la Nación, 1998) aunque con menor diferencia que en otras sustancias ya mencionadas. No obstante, se observó una prevalencia mayor en mujeres (39.6 versus 37.9) en los jóvenes entre 12 y 15 años (SEDRONAR, 2004).

Respecto a la edad de inicio, se estima que alrededor del 75% de los argentinos comenzaron a tomar alcohol antes de cumplir los 18 años. De este porcentaje, 1 de cada 10 consumió por primera vez antes de los 13 años, el 31% entre los 13 y los 15 años y poco más de un tercio después de los 16 años (Míguez, 1999).

Tomando datos relevados de personas que concurren a centros de tratamiento, en un estudio que analiza un mes típico (SEDRONAR-CENARESO, 1998<sup>64</sup>) se observó en las drogas de mayor consumo, una predominancia de alcohol entre los varones (77%.) Conjuntamente, el consumidor de alcohol también fue mayoritariamente soltero, desempleado, desocupado o con trabajo ocasional, y en este caso se observó una distribución homogénea en las diferentes categorías educacionales. Cabe destacar que en una semana típica, del 82% de la población atendida por urgencias relacionadas al consumo de drogas, el 56% identificó monoconsumo de alcohol. Respecto a la frecuencia de consumo, el 77.7% del total de la muestra informó ingestión diaria de alcohol.

### **3.4.- Consumo de medicamentos no prescriptos**

Un análisis sobre la base de datos del INDEC sobre las ventas de fármacos por grupo, mostró que en el año 2001 el consumo de psicofármacos creció con respecto al año 2000. En el año 2002 el crecimiento fue de tal magnitud (17%) que este grupo farmacológico lideró las ventas de todos los grupos. Las benzodiacepinas, que poseen propiedades ansiolíticas, sedantes e hipnóticas, estaban en primer lugar en el 2002. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (los más usados actualmente) tuvieron un incremento en ventas de un 14% (Cortesi, 2004).

---

<sup>64</sup> Estudio realizado con personas que concurren a centros de tratamiento por drogas en el AMBA y la ciudad de La Plata. Del total de la población consultante, el 66.2% provenía de la Provincia de Buenos Aires y el 33.8% de la Ciudad de Buenos Aires.

En la población general el consumo de medicamentos psicotrópicos con uso ilícito (fuera de prescripción médica) alcanzó el 4.3% de prevalencia de vida; medida para los últimos 30 días fue de 1.2% de la población entre 16 y 64 años. En el uso de sedantes predominó el género femenino mientras que en el de estimulantes, el masculino. El promedio de edad de iniciación con sedantes fue de 27 años, mientras que el de estimulantes fue de 20. La población que usó estimulantes en más de cinco oportunidades en los 30 días anteriores a la encuesta (0.1% del total de población) pertenece mayoritariamente a sectores pobres y es una población más bien joven. En cambio, la que usó frecuentemente sedantes es de sectores medios-altos y mayor edad que la que usó estimulantes (Míguez, 1999). Este último dato es consistente con un estudio posterior que halló en los adultos mayores (50 a 65 años) las prevalencias de consumo de sedantes más altas (SEDRONAR, 2004).

Por otro lado, la información recopilada sobre adolescentes escolarizados mostró que la prevalencia del último año del consumo de psicofármacos alcanzó el 4.8%, ubicándose detrás del alcohol y el tabaco, y en porcentaje similar a las drogas ilegales (Ahumada, 2003).

En un estudio con población institucionalizada (en centros de tratamiento y/o emergencia) se describió a los psicofármacos como uno de los mercados más accesibles, refiriendo su venta en pequeñas cantidades en ámbitos públicos. La disponibilidad de morfina, codeína y psicofármacos se vinculó principalmente a su disponibilidad en farmacias. En otros casos, el acceso a estas sustancias se obtenía cuando los sujetos trabajaban en instituciones asistenciales, donde las faltas de control permitían la obtención tanto de las drogas como de los instrumentos necesarios para inyectarse (Míguez y Grimson, 1997).

Otros estudios hallaron que el 14.4% de personas que concurrieron a centros de tratamiento y el 82% de la población atendida por urgencias relacionadas al consumo de drogas declararon haber consumido flunitracepan -en su variedad comercial Rohypnol (SEDRONAR-CENARESO, 1998) y mostraron que las personas institucionalizadas consumían en mayor proporción tranquilizantes que las no institucionalizadas (Kornblit y otros, 2002).

#### **4.- Problemas de salud asociados al uso de drogas**

Diversas investigaciones dan cuenta de las prácticas de cuidado y de riesgo relacionadas con el uso de drogas, así como también de los problemas de salud asociados con estos consumos. En forma particular, los estudios se han centrado en la transmisión de agentes infecciosos como el VIH y los virus de las hepatitis B y C (VHB y VHC) a través del uso compartido de material de inyección o por prácticas sexuales no protegidas.

En Argentina de los 26.832 casos acumulados de SIDA notificados al 15 de septiembre de 2004, el 34% reportó como vía de transmisión el uso de drogas por vía inyectable (Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS, 2004). Si bien estos datos no reflejan el patrón actual de la epidemia, ya que del total de las personas que desarrollaron SIDA en el año 2003 sólo el 16.4% se asociaron a esta vía de transmisión, su impacto afectó muy particularmente a población usuaria de drogas.

Hay estudios parciales realizados en la Argentina acerca de la prevalencia del VIH en UDIs. Otro importante problema de salud asociado a esta práctica, al que todavía no se le ha dado la suficiente entidad a pesar de la dimensión que tiene para la salud pública, es la alta prevalencia de hepatitis C en UDIs. Las prevalencias se ubican entre el 70 y el 90% en diversas ciudades del mundo (Marco y Schouten, 2000).

En un estudio en sectores pobres del Conurbano Bonaerense se examinaron 174 UDIs. El 44.3% tuvo resultado positivo al VIH, el 54.6% al VHC, el 42.5% al VHB y el 14.5% fue positivo al HTLV II, mientras un 2.3% fue positivo al HTLV I. De la población estudiada, sólo el 37% no tenía ninguna infección; el 63% tenía uno o más virus. De las personas VIH positivas, sólo el 6.5% no estaban coinfectadas; el 88.3% estaban coinfectadas con VHC, y el 68.8% lo estaban con VHB. A su vez, de las personas infectadas con VHC, el 71.6% estaban coinfectadas con el VIH (Rossi y otros, 2002).

Aunque en menor medida, las tasas de infección entre usuarios de drogas no inyectables también son elevadas si se las compara con la población general. Una investigación en 504 usuarios de cocaína no inyectable del Área Metropolitana de Buenos Aires encontró prevalencias de 6.3% para VIH, 9% para VHB, 7.5% para VHC y 4.2% para sífilis. El análisis multivariado mostró que la variable más significativa asociada al riesgo de tener VIH fue haber tenido una pareja viviendo con VIH/SIDA, mientras que para la infección por VHC, la variable más significativa fue haber tenido una pareja UDI (Rossi y otros, 2003a).

Respecto de las prácticas de cuidado y riesgo, el 80% de una muestra de UDIs en Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Mar del Plata reconoció compartir jeringas o haberlas compartido al inyectarse drogas, si bien el 94% dijo que el riesgo de compartirlas respecto a la infección por VIH era alto/muy alto. Alrededor del 40% compartía habitualmente, el resto ocasionalmente. Casi la mitad de los entrevistados dijeron haber pensado en la posibilidad de tener SIDA en alguna oportunidad en la que se sintieron enfermos. El 86% de los que creían haberse infectado lo había pensado a raíz del uso habitual de sustancias y un 60% también lo había pensado vinculado a las relaciones sexuales (Kornblit y otros, 1997).

El uso de drogas inyectables pareciera haberse modificado en los últimos años en el AMBA. Una investigación encontró que había descendido la frecuencia de uso diario (de 43.6% en 1998 a 5% en 2003), aumentando la frecuencia de quienes se inyectaban más esporádicamente<sup>65</sup>. El uso inyectable pasó de ser una práctica grupal a ser más individual (el 80% se inyectaba con otros en 1998, este porcentaje bajó al 42.4% en 2003); se tornó una práctica más oculta, desarrollada principalmente en el ámbito doméstico. El estudio concluyó que el impacto de la epidemia de SIDA entre los UDIs había sido uno de los principales motivos de los cambios en los patrones de uso; el 87.9% de los entrevistados afirmó haber tenido algún familiar, amigo o conocido muerto a causa del SIDA (Rossi y Rangugni, 2004).

---

<sup>65</sup> En el estudio se encuestaron 140 usuarios inyectables de drogas actuales, 35 parejas de UDIs; se realizaron 17 entrevistas en profundidad a UDIs y dos grupos de discusión.



## 5. Dispositivos de intervención en drogas y demanda de atención

En un estudio realizado con 150 usuarios de cocaína inhalada en Buenos Aires se indagó sobre la percepción del propio consumo de drogas: el 50% de los entrevistados dijo que usar drogas no los había hecho “sentirse enfermos” (Rossi y otros, 2003b). Coincidentemente, el 71.4% -de 31 usuarios de pasta base de cocaína entrevistados en otro estudio- expresó que consumir drogas no le “había traído” ninguna enfermedad (Goltzman y otros, 2002). Estos datos muestran que la percepción que los sujetos tienen acerca de su cuerpo, de la salud y la enfermedad dista de la representación social hegemónica del usuario de drogas como “enfermo”, que totaliza este atributo transformándolo en una identidad cristalizada, externa al sujeto y uniforme. Resulta de interés vincular este análisis con las recomendaciones del Primer Estudio Nacional que insistía en atender especialmente la problemática del consumidor quien, a diferencia del dependiente, no tendría un lugar definido dentro de un marco de asistencia basado exclusivamente en la rehabilitación (Míguez, 1999). Es necesario tener en cuenta estas consideraciones a la hora de analizar la información disponible sobre los dispositivos y la demanda de atención.

En relación con las características de la demanda, el Primer Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento (Ahumada y otros, 2004<sup>66</sup>) señaló como dato relevante que, cuando se les preguntó a los pacientes cuál era la droga que había motivado el tratamiento, el alcohol ocupó el primer lugar. Un 35.8% ingresó por problemas de alcoholización. Le siguieron la marihuana (19.5%) y el clorhidrato de cocaína (15.2%). Datos de la Provincia de Buenos Aires parecerían indicar un patrón diferente o una mayor diversificación de los servicios a los que se consulta, según se trate del uso de drogas legales o ilegales; en 1995 el consumo de cocaína motivó el 78% de las consultas del Conurbano Bonaerense y el 46% de las consultas del resto de la provincia de Buenos Aires (SADA, 1998<sup>67</sup>).

Volviendo a los datos nacionales, los tranquilizantes, sedantes, depresivos y estimulantes fueron identificados como los tipos de droga que motivaron la demanda de tratamiento prevalentemente en las mujeres, mientras que el alcohol y las sustancias ilegales se identificaron como el motivo de demanda de tratamiento prevalente en el sexo masculino. Sólo un 27% de los pacientes acudieron al tratamiento voluntariamente y en igual proporción por indicación legal. La presión familiar o de amigos fue la razón para iniciar un tratamiento en un cuarto de los pacientes. La indicación legal tuvo un alto peso en los varones, más de un tercio frente al 10% en las mujeres. Acudieron al tratamiento en forma voluntaria preferentemente los pacientes de 40 años o más, mientras que los pacientes que llegaron al tratamiento presionados por familiares o por indicación legal pertenecían en su mayoría al grupo de edad de 15 a 19 años. Los Hospitales y/o Clínicas Psiquiátricas recibieron el 48% de sus pacientes por vía legal y el 44% de los pacientes en comunidades terapéuticas acudieron en forma voluntaria (Ahumada y otros, 2004). En un estudio anterior (SEDRONAR-CENARESO, 1998<sup>68</sup>), la demanda voluntaria en centros especializados fue

<sup>66</sup> Se tomó una encuesta a 3.830 pacientes en tratamiento, aplicándose a una muestra de 21 centros de tratamiento de un universo de 886 relevados en el 2003.

<sup>67</sup> Este estudio abarcó 14.150 pacientes que ingresaron entre enero de 1995 y marzo de 1998 a centros públicos de tratamiento de la provincia de Buenos Aires.

<sup>68</sup> Se relevaron 74 consultas por consumo de drogas durante un mes típico en centros especializados del AMBA y la ciudad de La Plata.

similar (44.6% consultó voluntariamente, 36.5% por amigos o familiares, 13.5% por indicación legal). Estos datos podrían estar indicando un entramado más fuerte entre los dispositivos de criminalización y de medicalización-psiquiatrización.

Con respecto a las características de los dispositivos de intervención, el estudio nacional definió como Centro de Tratamiento “a todas las instituciones terapéuticas, públicas o privadas, especializadas o no en el manejo de la problemática del uso indebido de drogas, donde acuden personas con una demanda de tratamiento relacionada con un problema de consumo de sustancia psicoactiva. De esta manera, tanto un hospital psiquiátrico que atiende varias problemáticas psicopatológicas y psiquiátricas como un centro especializado solamente en el tratamiento de la toxicomanía forman parte del universo. Se consideran todos aquellos dispositivos terapéuticos, privados, estatales, religiosos u otros que separan al paciente, cualesquiera sea su edad, de su contexto cotidiano de vida: hospitales generales, hospitales psiquiátricos, clínicas y centros especializados, comunidades terapéuticas, etc., al igual que los llamados “hospitales de día y de noche”. Dispositivos como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos, en su modalidad ambulatoria o grupal, también se incorporaron (Ahumada y otros, 2004: 8). Un tercio de los pacientes recibían tratamiento en hospitales generales y otro tercio en centros especializados, un 20% en clínicas psiquiátricas y un 17% en comunidades terapéuticas. El 71.6% de los pacientes se atendía en centros públicos. En relación a los tipos de tratamientos, si bien el ambulatorio predominaba en ambos sexos, era menor en los varones. Un cuarto de ellos estaba en tratamiento residencial frente al 12% en las mujeres. Los centros públicos atendían el 64% de sus pacientes en forma ambulatoria y el 22% en forma residencial, mientras que los privados atendían el 59% de sus pacientes en forma ambulatoria y el 10% en forma residencial.

Es importante en este apartado tener en cuenta que la información recolectada está mayoritariamente orientada por el paradigma abstencionista y refiere a una población relacionada con dispositivos que buscan la supresión del consumo, en general asentados en instituciones formales alejadas de los contextos de uso.

Las investigaciones orientadas por el paradigma de la reducción de daños aportan información importante sobre las redes de usuarios de drogas y sus localizaciones geográficas, permitiendo no sólo el análisis en su contexto local sino la posibilidad de implementar programas de intervención comunitaria. Uno de estos estudios encontró una asociación significativa entre la disminución del uso compartido del material de inyección y la vinculación con un programa de reducción de daños. También señaló que estos programas eran responsables por el incremento de la información referida a la gestión de los riesgos para la salud y por la entrega continua de elementos preventivos como material de inyección estéril y preservativos (Rossi y Rangugni, 2004).

## **5. Consideraciones finales**

En las poblaciones urbanas pobres del Área Metropolitana de Buenos Aires se produjeron cambios durante la última década, en el tipo y la calidad de las drogas de mayor consumo.

Aumentó el uso de pasta base de cocaína y de medicamentos no prescriptos, especialmente entre los más jóvenes. Estas sustancias y el cannabis, que se usan simultánea o

sucesivamente con cerveza o vino, son las que más frecuentemente se encuentran en las zonas pobres del Área Metropolitana de Buenos Aires. Dicho consumo se relaciona con la extensión del tráfico de drogas y de las redes que lo protegen, apoyándose en quienes encuentran en los ingresos económicos ilegales una forma de afrontar la desocupación, por lo que aumentó la oferta de drogas en comunidades que en otros tiempos hubieran estado lejos de ese consumo. En este marco de crisis económica y exclusión social, las políticas estatales de drogas se orientan a un mayor control del consumo que, en algunos casos, deriva en la criminalización de los sectores más pobres, mediante la asociación entre delito y consumo, y la identificación de las redes de microtráfico que operan en estos ámbitos.

Por su parte, los estudios nacionales y gubernamentales no sólo encuentran resultados que indican un policonsumo de drogas frecuente, sino que focalizan sus observaciones en el alto consumo de alcohol de la población más joven, en tanto antesala de una secuencia de sustancias que le seguirían inevitablemente (concepto de “carrera”). Mientras crecen estos tipos de consumo múltiples, los estudios centrados en el uso inyectable de drogas observan cambios importantes condicionados por el impacto del VIH/SIDA en estos grupos de usuarios.

Los estudios de tipo cualitativo o centrados en patrones socioculturales aportan una mirada al fenómeno que permite contrastar los estereotipos sobre el usuario de drogas con la diversidad del consumo y de los consumidores, sus patrones de conducta influenciados por la edad o el género, la importancia de los grupos de pares y las diferencias según las condiciones socioeconómicas.

### **Bibliografía**

1. AHUMADA, G. (2003): *Consumo de alcohol en jóvenes*. Buenos Aires: SEDRONAR.
2. AHUMADA, G.; M. BRASESCO; S. MIORIN (2004): *Primer Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento*. Buenos Aires: SEDRONAR.
3. BOURGOIS, P. y T. ELHAIK (2002): “Drogas, farmacología y discurso social en Francia. Perspectivas etnográficas” en: *Revista Análisis*. N° 4. Medellín: GRITO-FIUC y FUNLAM.
4. CORTESI, S. (2004): “La salud mental y la crisis Argentina” en: *Buenafuente.com Salud*. [en línea] < <http://www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=6449>> [consulta 6/1/2004].
5. CYMERMAN, P.; D. ROSSI; M. VILA; P. GOLTZMAN; G. TOUZÉ (2005): “Drug policy reform in a social context of more penal persecution” en: Libro de resúmenes de la 16<sup>th</sup> *International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. Belfast: IHRA.
6. FOUCAULT, M. (2002): *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
7. FRIEDMAN, S.R. y S. ARAL (2001): “Social networks, risk-potential networks, health, and disease” en: *Journal of Urban Health*, 78:411-418.
8. FRIEDMAN, S.R. y G. REID (2002): “The need for dialectical models as shown in the response to the HIV/aids epidemic” en: *International Journal of Sociology and Social Policy*, 22:177-200.

9. GALLUP (2000): *Estudio de opinión pública*. Buenos Aires: Gallup Argentina.
10. GASPARINI, L. (2002): “La decadencia distributiva argentina” en: *Observatorio Social* N° 9. [en línea] < <http://www.observatoriosocial.com.ar/n9-5.pdf> > [consulta 26/10/2003].
11. GOLTZMAN, P.; P. CYMERMAN; D. ROSSI; G. TOUZÉ (2000): “Cooperación entre la Federación Internacional de Universidades Católicas y una ONG” en: Libro de resúmenes del *Fórum 2000, I Forum e II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y del Caribe en VIH/Sida y ETS*. Río de Janeiro, 6-11 de noviembre.
12. GOLTZMAN, P.; P. CYMERMAN; D. ROSSI; G. TOUZÉ (2002): “Uso de pasta base de cocaína y prácticas sexuales: desafíos para la prevención del VIH/SIDA” en: Libro de resúmenes del *Foro Mundial Drogas y dependencias. Un reto para la sociedad*. Montréal, 22-27 de setiembre.
13. HANKINS, C.A.; S.R. FRIEDMAN; T. ZAFAR; A.S. STRATHDEE (2002) “Transmission and prevention of HIV and STD in war settings: implications for current and future armed conflicts” en: *AIDS*, 16:2245-2252.
14. IANOWSKI, M.V. y J.G. COLOMBO (1999): *Ni todo bien ni todo mal. Estudio sobre representaciones y hábitos de consumidores de drogas ilegales*. Viedma: Universidad Nacional del Comahue: CURZA.
15. JODELET, D. (1986): “La representación social: fenómenos, concepto y teoría” en S. MOSCOVICI (comp.): *Psicología Social*. Madrid: Paidós.
16. KORNBLIT, A.; L. GIMENEZ; A. MENDES DIZ; M. PETRACCI; J. VUJOSEVICH (1997): *Y el Sida está entre nosotros. Un estudio sobre actitudes, creencias y conductas de grupos golpeados por la enfermedad*. Buenos Aires: Corregidor.
17. KORNBLIT, A.; A. MENDES DIZ; A.C. CAMAROTTI; G. CALVI (2002): “Perfiles sociales de consumidores de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires”. Informe de investigación PICT 1999 N° 5007. Buenos Aires: FONCyT [Mimeo].
18. MAC NALLY, M.T.; M.I. MENÉNDEZ; N. RABETZKY; C. VIALE (1998): *Etnografía de la Droga. Valores y creencias en los adolescentes y su articulación con el uso de drogas*. Buenos Aires: Espacio.
19. MARCO, M. y J. SCHOUTEN (2000): “The Hepatitis Report: A Critical Review of the Research and Treatment of Hepatitis C Virus (HCV) and Hepatitis & HIV Coinfection”. Comunicación presentada en: *XIII International AIDS Conference*, Durban, 9-14 julio. [en línea] < <http://aidsinfonyc.org/tag/comp/heprpt.html> > [consulta marzo de 2005]
20. MARKOVÁ, I. (1996) “En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales” en D. PÁEZ y A. BLANCO (editores): *La teoría sociocultural y la Psicología Social actual*. Madrid: Aprendizaje.
21. MÁRQUEZ, M. (1995): *De la discriminación a la solidaridad. El grupo de ayuda mutua y las personas infectadas de VIH/SIDA*. Buenos Aires: Kairós.
22. MÍGUEZ, H. (1997a) “Cocaína, pobreza y nueva pobreza” en: *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*. Buenos Aires, pp. 231-236.
23. MÍGUEZ, H. (1997b) “El Paciente Adicto” en P. SOROKIN (Compiladora): *Drogas, mejor hablar de ciertas cosas*. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA.

24. MÍGUEZ, H. (1999) *Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina*. Buenos Aires: SEDRONAR.
25. MÍGUEZ, H. y GRIMSON, R. (1997): *Patrones socioculturales del abuso de drogas intravenoso*. Buenos Aires: Fundación Proyecto de vida.
26. MENÉNDEZ, E. (1990): *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
27. MOSCOVICI, S. (1961): *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
28. NIÑO, L. (2001): “El enfoque jurídico. Los muertos que vos matáis” en: *Encrucijadas*. Año 1 n° 8 (junio). Buenos Aires: UBA.
29. NOWLIS, H. (1975): *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. París: UNESCO.
30. O’DONNELL, G. y O. OSLAK (1976): *Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: CEDES.
31. O’HARE, P. (1994): “Redução de danos: alguns princípios e a ação prática” en F. Mesquita y F. Bastos (org.): *Drogas e AIDS. Estratégias de Redução de danos*. Sao Paulo: Hucitec.
32. PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS DEL HUMANO, SIDA Y ETS (2004): *Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina*. Año XI, n° 23 (octubre). Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
33. PICHON RIVIÉRE, E. (1975): *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
34. RAMÍREZ MONAGAS, B. (1987): “Del modelo geopolítico estructural” en: *La Cuestión de las Drogas en América Latina - Una Visión Global*. Caracas: CONACUID.
35. ROMANÍ, O. (1992): “Marginación y drogodependencia. Reflexiones en torno a un caso de investigación-intervención” en F. ÁLVAREZ-URÍA (Ed.): *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*. Madrid: Endymión.
36. ROSSI, D. (1998): “Uso de drogas. El sentido de la intervención” en: *Análisis. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas*. Vol. I, n° 1 (junio). Medellín: Federación Internacional de Universidades Católicas-Fundación Universitaria Luis Amigó.
37. ROSSI, D.; G. RADULICH; L. MARTÍNEZ PERALTA; S. SOSA ESTANI; M. VILA; L. VIVAS; M. WEISSENBACHER (2002): “Riesgo de transmisión de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables no institucionalizados del Gran Buenos Aires” en: *Reducción de Daños. Apuntes para la acción*, CD-rom. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: Cooperación Alemana para el Desarrollo.
38. ROSSI D.; G. RADULICH; E. MUZZIO; J. NAVEIRA; J. REY; G. GRIEMBERG; P. CUCHI; L. MARTÍNEZ PERALTA, S. SOSA ESTANI; M. WEISSENBACHER (2003a): “Factores de riesgo e infecciones con HIV, HBV, HCV y sífilis en usuarios de cocaína no inyectable de Buenos Aires” en: Libro de Resúmenes del 6to. Congreso Argentino de Sida. Buenos Aires: SAS.
39. ROSSI, D.; M.P. PAWLOWICZ; P. CYMERMAN; P. GOLTZMAN; G. TOUZÉ (2003b): “Evaluación Rápida y Desarrollo de Respuestas en el Uso de Cocaína Inhalable y la Conducta de Riesgo Sexual en Buenos Aires 2002-2003”. Informe Final. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. [Mimeo].

40. ROSSI D. y V. RANGUGNI (2004): *Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003)*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación: ONUSIDA: ONUDD.
41. SADA (1998): *Reseña Mensual de Actividades*. Año III, N° 9, julio. La Plata: Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.
42. SADA (2003): *Estudio Epidemiológico en Hogares*. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
43. SADA (2004): *Estudio Provincial sobre Sustancias Adictivas*. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
44. SEDRONAR – CENARESO (1998): *Caracterización de la consulta por consumo de drogas en centros de tratamiento y servicios de urgencia hospitalaria*. Buenos Aires: SEDRONAR.
45. SEDRONAR (2001): *Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2001*. Buenos Aires: SEDRONAR.
46. SEDRONAR (2003): *El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Primer Estudio Nacional*. Buenos Aires: SEDRONAR.
47. SEDRONAR (2004): *Segundo Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas. Población de 12 a 65 años*. Buenos Aires: SEDRONAR.
48. SIEMPRO (2002): *Informe de situación social*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación.
49. SPINK, M.J. (1993): “O conceito de representação social na abordagem psicossocial” en: *Cad. Saúde Pública* Vol.9 N° 3, julio-setiembre. Río de Janeiro.
50. STOLKINER, A. y otros (2000): “El proceso de reforma del sector salud en Argentina”. Comunicación en el Taller de Reformas Comparadas del VIII Congreso de Alamos y XI Congreso de la IAPH, 3-7 de julio, La Habana.
51. SZASZ, T. (1993): *Nuestro derecho a las drogas. En defensa de un mercado libre*. Barcelona: Anagrama.
52. TOUZÉ, G. (1992): “Modelos de prevención” en: *Primer Programa de Capacitación No Presencial "Modalidades de Intervención en la Prevención y Disminución del Uso Indebido de Drogas"*. Buenos Aires: Fundación Convivir.
53. TOUZÉ, G. (1996): “La construcción social del problema droga” en P. Medina y G. Thivierge (ed.): *La investigación en toxicomanía. Estado y perspectivas*. Medellín: FIUC-GRITO-FUNLAM.
54. TOUZÉ, G. (2001): “Uso de drogas y VIH/sida. De la medicalización a la ciudadanía” en: *Encrucijadas*, Año 1 N° 8 (junio). Buenos Aires: UBA.
55. TOUZÉ, G.; D. ROSSI; P. CYMERMAN; N. EREÑÚ; S. FARAONE; P. GOLTZMAN; E. ROJAS; S. VÁZQUEZ (1999): *Prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
56. TURNER, B. (1988): *Medical power and social knowledge*. Londres: Sage, 1988.

### Fuentes periodísticas

1. DIARIO LA RAZÓN (1995): “Un cable a tierra. Fonodroga: diez llamados por día de madres desesperadas”. 4 de agosto, pág. 14.
2. DIARIO LA NACIÓN (1998): “La crisis familiar lleva a las drogas”. Noviembre, suplemento Droga, Familia y Medios, pág. 14.

### **Legislación**

1. Ley 20.771/74 (Ley de Estupefacientes).
2. Ley 23.737/89 (Ley de Estupefacientes).
3. Ley 24.455/95 (Ley de Obras Sociales - Prestaciones obligatorias – Incorporación).
4. Ley 24.754/96 (Ley de Régimen aplicable a la Medicina Prepaga).
5. Ley 26.052/05 (Modificatoria de la Ley 23.737)
6. Resolución 351/2000, SEDRONAR, 31 de julio de 2000.