

Género y uso de drogas. Análisis de la Política Pública de abordaje de los usos problemáticos de sustancias en la Provincia de Buenos Aires (1993-2011)

Autora: Jimena Parga

Eje temático: Sociología de la Salud

Nombre de la mesa n° 69: Uso de las drogas: políticas, prácticas y saberes.

Institución de Pertenencia: Departamento de sociología. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. UNLP.

E-mail: jiparga@gmail.com, jiparga@hotmail.com

Resumen

A partir de los resultados de investigación de la Tesis Doctoral en Antropología UNLP, desde una perspectiva de género y derechos, se analiza la política pública para el abordaje de los usos problemáticos de sustancias llevados adelante por la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de Provincia de Buenos Aires entre 1993 y 2011, evaluando la incorporación de criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en la atención.

El estudio se basa en un diseño de investigación flexible (Marradi et al., 2007), enmarcado en el método etnográfico. La evaluación de distintos modelos de interpretación del tema, proposiciones filosóficas, morales, decisiones reglamentarias, medidas administrativas y el diseño de programas para su abordaje, se indagó en diversas instancias preventivas y terapéuticas del organismo.

En las distintas administraciones del organismo (1993-2011), ha existido una continuidad ideológica que sostiene una actitud moralizante y estigmatizante sobre los/as usuarios/as de sustancias y sus familias, e incluso culpabilizadora y victimizante en relación a la situación de consumo.

Palabras clave: género, uso problemático de drogas, políticas públicas, modelos de intervención.

Introducción

En el presente trabajo nos ocupamos de analizar los dispositivos (Foucault, 1993) de respuesta estatal que se organizan como política pública para el abordaje de los usos problemáticos de sustancias. En este sentido, realizamos una evaluación (desde una perspectiva de derechos y de género) de los distintos modelos de interpretación del tema, proposiciones filosóficas, morales y el consecuente diseño de programas para su abordaje, decisiones reglamentarias, medidas administrativas, inscriptas en un juego de saber-poder, que la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, ha implementado desde su creación en 1993 hasta fines de 2011.

Señalaremos las fortalezas y debilidades de cada una de las gestiones de gobierno que se fueron sucediendo, en pos del cumplimiento de mayores grados de equidad en la calidad de la atención desde una perspectiva de género.

En primer lugar describimos el marco normativo vigente que entiende directa o indirectamente sobre la temática.

Seguidamente describimos los modelos o enfoques que han tenido lugar a la hora de interpretar los modos de intervención en el tema de los consumos de sustancias tanto a nivel preventivo como asistencial.

Finalmente, tomando como marco dichos modelos se evalúan las distintas gestiones de gobierno implementadas desde la Subsecretaría provincial.

Metodología

Para nuestra indagación se tuvieron en cuenta distintos decretos del ejecutivo provincial, documentación oficial, informes de gestión, página web de distintas épocas del organismo e información relevada durante el trabajo de campo, mediante entrevistas a 15 trabajadores/as del organismo y observaciones en distintos dispositivos.

De las personas entrevistadas, 6 eran varones y 9 mujeres; tres fueron directoras de centros asistenciales (CPA); dos coordinadoras de regiones; una asesora; dos jefas de departamento y siete eran integrantes de equipo (profesional o técnico). La antigüedad de los/as entrevistados/as variaba entre 4 a 18 años, con un promedio de 12 años de antigüedad en la Subsecretaría.

En cuanto a sus profesiones ocho eran Lic. en psicología; uno Lic. en Trabajo social; un psicólogo social; dos Lic. en comunicación social; un técnico en adicciones; un sociólogo y un estudiante.

Las edades oscilaban entre 27 y 59 años, con un promedio de 43 años de edad.

Marco normativo en materia de drogas

Para poder dar cuenta de la historia de las políticas de drogas en la provincia, es preciso traer a colación el marco normativo imperante en la materia, el cual se inscribe en un orden moral prohibicionista¹ del consumo de sustancias, a partir del cual se estigmatiza a los/as usuarios/as de drogas ilegalizadas², pero bajo la existencia de un ojo racializador, que criba y señala principalmente a los/as jóvenes de los sectores populares.

Un marco legal que, a pesar de la intención de disuasión del consumo y control del narcotráfico ha fracasado claramente en el logro de sus objetivos, desde la perspectiva prohibicionista que guía las políticas públicas en materia de drogas, amparadas en la Ley 23.737³. Por el contrario, es evidente el aumento del consumo de sustancias desde su sanción en 1989, pero también la diversificación de las prácticas de ingesta, y del tipo de drogas disponibles.

Paralelamente, el debate actual sobre las reformas legislativas⁴ en torno a las políticas de drogas, se articula con el Derecho a la Salud como una cuestión indispensable e inseparable del respeto a los

¹ La perspectiva prohibicionista sobre los usos de sustancias se consolidó a mediados del Siglo XX, ilegalizando determinadas drogas tanto a nivel de su producción, circulación y consumo, generando por un lado disputas internacionales sobre el control del comercio de estupefacientes, y por otro, tiñendo al consumo de una lógica de quebrantamiento de la ley y clandestinidad.

² Coincidimos con Ana Clara Camarotti y otros (2015: 1) en emplear el término *drogas ilegalizadas* porque permite dar cuenta del carácter histórico y social por el cual la producción, la comercialización y el consumo de ciertas sustancias han sido consideradas prácticas delictivas. El vocablo permite romper con la idea según la cual el estatus legal es una condición inherente a las sustancias.

³ Actualmente rige la Ley 23.737 sobre tráfico y consumo de drogas, 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 sustancia. En aquellos casos en que los estupefacientes estén destinados al consumo personal, la punición puede ser reemplazada por medidas alternativas de seguridad "curativa" o "educativa", dependiendo de que se trate de un/a "drogadependiente" o de un/a "principiante" o "experimentador/a".

⁴ Entre el año 2010 y 2011 se presentaron 7 proyectos para la modificación de la Ley 23.737 sobre tenencia y tráfico de Estupefacientes, tendientes a la descriminalización del/a usuario/a de sustancias y despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal. Paralelamente, aunque no a través de proyectos legislativos, otras voces plantean la legalización del consumo.

Para un análisis detallado de los debates sobre las políticas de drogas ver: Galante y otros (2012).

Derechos Humanos. En este sentido, el fallo Arriola⁵ de la Corte Suprema de Justicia de 2009, ubicó a la dependencia de drogas como un problema a resolver en el ámbito de la Salud Pública⁶. En el mismo, la Corte exhortó *“a todos los poderes públicos a asegurar una política de Estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas, con información y educación disuasiva del consumo, enfocada sobre todo en los grupos más vulnerables, especialmente los/as menores de edad, a fin de dar adecuado cumplimiento a los tratados internacionales de derechos humanos suscriptos por el país”* (CSJN, 2009: Fallo Arriola, Sebastián y otros s/ causa n° 9080).

En correspondencia con los avances jurídicos, se halla la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año. Algunos de los tópicos relevantes para nuestro caso de estudio son el artículo 9 que jerarquiza las modalidades de “abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud”. Con un fuerte anclaje en una perspectiva de derechos humanos en salud, considera que “las personas con uso problemático de drogas, legalizadas e ilegalizadas, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley en su relación con los servicios de salud” (Artículo 4). En el mismo sentido, el artículo 7 promueve entre otros, el derecho a una atención sanitaria y social integral y humanizada, gratuita, a partir de un acceso igualitario y equitativo (Ley Nacional 26657; 2010).

Sin embargo, de algún modo, esta ley entra en contradicción con la Ley 23.737, por lo tanto, como veremos se produce una superposición de discursos, prácticas y normativas que pivotean fundamentalmente entre la criminalización y la medicalización de las personas que consumen.

Modelos de análisis del consumo de drogas

Previamente a la evaluación propiamente dicha de la Política Pública en materia de drogas en la Provincia, describiremos las distintas concepciones que a lo largo de la historia se utilizaron para intervenir e interpretar la temática.

Las diferentes concepciones existentes sobre el uso de drogas, ha dado lugar a la definición de diversos modelos de intervención en el abordaje del consumo de sustancias, implementándose a partir de ellos distintas estrategias de abordaje ya sean preventivas, legislativas, de tratamiento según el enfoque predominante.

Estos modelos, en tanto discursos hegemónicos, involucran un complejo de definiciones e interpretaciones que aluden a las drogas, delimitando los problemas relacionados y definiendo el campo de actuación de las políticas gubernamentales.

⁵ El Fallo Arriola de la Corte Suprema de Justicia declara la inconstitucionalidad del art. 14 inciso segundo de la Ley 23.737, el cual sanciona penalmente la tenencia de estupefacientes para consumo personal. En la sentencia se expresa la incompatibilidad de dicho artículo con el principio de reserva, que se encuentra en el artículo 19 de la Constitución Nacional, a partir del cual se protegen las acciones privadas de las personas, que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero. Cabe aclarar que en las escasas oportunidades en que las causas por tenencia de drogas llegaron al Supremo Tribunal de Justicia, fueron resueltas alternativamente con posiciones contrarias según el contexto sociohistórico. Ver Nino, Carlos Santiago (1979) para un análisis profundo de los cambios de concepciones respecto a la constitucionalidad o inconstitucionalidad de las leyes que reprimen directa o indirectamente el consumo de estupefacientes.

⁶ Según un estudio de junio de 2014 realizado por la Fiscalía Federal n° 6 a cargo de Federico Delgado (Cosecha Roja, 2014), de 277 causas relevadas, el 73 % (203 casos) de las detenciones es por infracción a la ley de drogas, mientras que el 27% se relaciona con otros delitos de competencia federal (74 casos). La mayoría de los delitos relacionados con drogas son causas por consumo personal (71%), el 24% es por comercio de estupefacientes y el 5% por tenencia simple. Aunque según manifiestan desde esa fiscalía se ciñen al Fallo Arriola y en consecuencia, la totalidad de causas por tenencia para consumo personal se archivan. Sin embargo la plena vigencia de la ley de drogas permite la “selectividad policial” y posiblemente también la “selectividad judicial”, según sea el caso de la persona que es detenida o judicializada.

En un clásico trabajo, denominado “La verdad sobre las drogas. La droga y la educación”, Helen Nowlis (1975) elaboró una clasificación general sobre los modos en que se ha interpretado en diversos momentos históricos el consumo de sustancias, considerando la interacción entre los elementos de la tríada: individuo que usa, sustancia utilizada y contexto social y cultural de tal uso.

La autora, distingue en dicho documento los enfoques ético-jurídico; médico-sanitario; psicosocial y sociocultural.

Además de la síntesis de Nowlis otras dos aproximaciones fueron definidas. Por un lado, en Argentina el Enfoque Ético-Social elaborado por la Asociación Civil F.A.T.⁷ en 1975 y por otro, el Modelo Geopolítico Estructural presentado por Bayardo Ramírez Monagás (1986) en Venezuela.

A continuación se presenta un cuadro comparativo de los distintos modelos, describiendo el modo en que cada uno define a la sustancia, los individuos y al contexto, asimismo, se analiza cuáles son los actores y factores que interactúan, a quién se le adjudica la responsabilidad ante el problema, desde qué lugar se promueve la prevención, qué tipo de respuesta y acción preventiva se brinda, cuál es la concepción política de la prevención y su consecuencia a largo plazo y qué tipo de representación se construye desde el modelo.

⁷ F.A.T.: Fondo de Ayuda Toxicológica. Asociación Civil sin fines de lucro. Fundada en el año 1966, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por el Profesor Emérito Dr. Alberto Ítalo Calabrese, para trabajar en el campo relacionado con las Farmacodependencia, Alcoholismo y Drogadicción. Fue la primera entidad del país dedicada a esta temática, anterior a cualquier otra iniciativa pública o privada.

VARIABLES MODELOS	Drogas	Individuos	Contexto	Respuesta y acción preventiva	Representación social que construye el modelo⁸
ÉTICO-JURÍDICO	Distingue entre drogas lícitas e ilícitas e informa sobre los aspectos legales en relación con éstas.	Señala que los usuarios de drogas se exponen a las consecuencias de tipo legal. El consumidor es considerado un delincuente, lo estigmatiza moral y éticamente. Asocia droga-delinuencia. Estereotipo: usuario visto como DELINCUENTE, VICIOSO y VÍCTIMA.	Resalta las consecuencias legales que ocasionan la producción, el mercadeo y el tráfico de drogas considerados como vicio (defecto moral) y delito que es penado por la ley.	Censura, crítica moral y ética. Acción represiva. Resalta los efectos nocivos de las drogas y proporciona información sobre las sanciones jurídicas y morales. Estigmatiza y criminaliza al usuario.	<ul style="list-style-type: none"> · Trasgresión de normas, delincuente. · Inseguridad, miedo. · Usuarios víctimas de la sustancia.
MÉDICO-SANITARIO	Destaca los efectos de las drogas en el organismo. No hace distinción entre drogas lícitas e ilícitas. Distingue entre drogas duras y blandas.	Destaca que los individuos que abusan de las drogas ponen en peligro su salud, su vida y la de los demás. Asocia drogas-jóvenes. Estereotipo: usuario visto como ENFERMO.	Destaca que un “medio contaminado” por el uso de drogas medido en términos de tolerancia social y la facilidad de obtenerlas en una comunidad, afecta la salud de la población.	Acción preventiva sobre el consumo. Prevención sanitaria. Información y educación acerca de las drogas y sus efectos en el organismo.	<ul style="list-style-type: none"> · Las sustancias alteran y afectan el buen funcionamiento del organismo. · El sujeto no puede hacer nada para evitar el consumo. · La adicción es un emergente.
PSICOSOCIAL	Resalta que las drogas psicotrópicas alteran el comportamiento de las personas (efectos psicológicos y sociales)	Destaca que la decisión de usar drogas o no, depende del individuo: sus valores, motivaciones, intereses y habilidades para tomar decisiones. Es considerado como un enfermo con trastornos conductuales y problematizado socialmente. Con dificultades de adaptación y maduración. Estereotipo: usuario visto como ESCLAVO.	Resalta que las presiones del medio inducen al uso de drogas (grupos de pares, problemas familiares, problemas escolares, medios de comunicación).	Acción preventiva inespecífica, basada en la exploración, estudio y análisis de las motivaciones y actitudes personales, familiares y grupales que promueven al consumo.	<ul style="list-style-type: none"> · El consumo de drogas es un síntoma que evidencia un malestar psíquico. · Falta o mal funcionamiento de una red familiar y social que contenga al usuario.
SOCIOCULTURAL	Distingue las drogas que se usan como resultado de patrones culturales y las consecuencias sociales de su uso.	Señala que los usuarios son personas que ceden ante las presiones de sus iguales y ante problemas del contexto. El usuario es considerado víctima de las presiones sociales, especialmente pobreza. Estereotipo: usuario visto como VÍCTIMA.	Destaca que los factores del medio (pobreza-marginalidad) y las costumbres (consumo de alcohol y tabaco en fiestas y reuniones) así como la disponibilidad (tráfico-venta) de drogas, inciden en la farmacodependencia	Información sobre usos ancestrales y culturales de las drogas. Resalta la pobreza, hogares deshechos, falta de oportunidades, las discriminaciones, la industrialización como causales primordiales del consumo de sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> · El consumo de drogas implica una evasión de la realidad. · El entorno cultural y económico determina los tipos de drogas y las formas de consumo. · El uso de drogas ilegales es característico de las sociedades industriales avanzadas. · Las desigualdades sociales producen vulnerabilidad en relación al consumo de drogas.
GEPOLÍTICO ESTRUCTURAL	Las considera como una mercancía, ya que tienen un valor de cambio y generan una relación social. No hace distinción entre drogas lícitas e ilícitas.	Individuo concebido como actor social. Cuando éste es usuario de drogas, el modelo propone considerar los diferentes patrones de consumo para su adecuado abordaje y el abordaje en la terapia y la prevención de la influencia de la interacción social que actúa sobre el sujeto (tráfico-mercancía-consumo) que crea hábitos sociales de consumo. Tráfico y consumo son vistos como una unidad indivisible.	No es sólo el teatro de operaciones donde cotidianamente interactúan los individuos, sino toda la sociedad con sus cambios, contradicciones y factores como fenómeno multidimensional.	La prevención es asumida integralmente, considerando el tráfico y consumo como una unidad dual indivisible. Está dirigida a las causas del problema y no sólo a los síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> · Politiza y redimensiona el problema como fenómeno global y como un problema social.

TABLA 1: Cuadro comparativo de los modelos de análisis del consumo de sustancias. Fuente: elaboración propia.

⁸ Representación social que implica el modelo; para este ítem se retoman los aportes de Kornblit, A. L.; Camarotti, A. C.; Di Leo, P. F.; Verardi, J. (2011) Modulo 1. La construcción social de la problemática de drogas. En: Módulos teóricos y actividades complementarias de ejercitación y trabajo en el aula, Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación - Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA - UNICEF Argentina.

Dieciocho años de la política pública en materia de drogas en la Provincia de Buenos Aires (1993-2011)

Luego de haber descripto los marcos conceptuales relativos a los modos en que se interpreta la tríada individuo que usa, sustancia utilizada y contexto sociocultural del uso, desde los cuales se elaboran modelos interpretativos que se traducen en distintos modos de intervención, nos ocuparemos de examinar la vigencia que cada uno de los enfoques ha tenido en la historia de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires entre 1993 y 2011.

Nuestra indagación fue guiada por las siguientes preguntas: ¿Cuáles han sido las bases ideológicas que sustentaron cada gestión? ¿Se ha incorporado una perspectiva de género en la política pública? ¿Existe coherencia entre las definiciones conceptuales y las prácticas concretas de cada programa implementado? ¿Qué cambios y continuidades pueden reconocerse en los 18 años estudiados?

Al respecto se exponen cada una de las gestiones que se fueron sucediendo a lo largo de la historia del organismo público, desde su creación en 1993 hasta diciembre de 2011, realizando un análisis de los Modelos de intervención antes descriptos, y que se desplegaron en cada época. Se trata de poner de relieve las transformaciones y/o persistencias en las concepciones que se tuvieron sobre el tema, en cada una de las diferentes gestiones. Asimismo se evalúa el modo en el cual se incorpora lo que pudiera ser una agenda de género en esta política, por ejemplo, visibilización de consumos diferenciales, modelos de atención adecuados a las necesidades de cada género, concepción de familia, etc.

Para ello indagamos qué tipo de mensajes se utilizan, a quiénes van dirigidos dichos mensajes y/o programas, si se incorpora un lenguaje no sexista, si es que se representan exclusivamente a los hombres o se tiene en cuenta también las características y necesidades de las mujeres usuarias. Asimismo consideramos qué concepciones de familia se tiene, es decir, si se reproducen estereotipos de familia heterosexual tradicional o se incluyen distintos tipos de familia e inclusive se reconocen las monoparentales, ensambladas, homoparentales, etc., sin ser concebidas como disfuncionales; si se ponen en cuestión los roles tradicionales de género femeninos y masculinos o se refuerza un lugar tradicional y subordinado de la mujer en el ámbito privado con su contrapartida de mayores prerrogativas para los varones.

Descripción de las políticas implementadas a través de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones-SPAA (1993-2002), Subsecretaría de Atención de las Adicciones-SADA, del Ministerio de Salud (2002-2009), Ministerio de Desarrollo Social (2009-2011)⁹

Gestión Juan Alberto Yaría

En función de la Ley 11.413 del 6 de Julio de 1993, por la que se modifican las competencias del Ministerio de Salud y Acción Social en lo que se refiere a la prevención y asistencia de las adicciones, se crea la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (en adelante SPAA) mediante el Decreto 2618/93. El 8 de Julio de 1993, durante la gobernación del Dr. Eduardo Duhalde, la SPAA se constituye con rango ministerial, a cargo del Dr. Juan Alberto Yaría. La misma se financió con recursos provenientes de Rentas Generales de la Provincia de Buenos Aires.

⁹ Cabe aclarar, que a fin de realizar esta descripción, decidimos hacer un corte temporal en el estudio, considerando desde la creación del organismo (1993) hasta la gestión inmediata anterior a la que se estaba en curso al finalizar la investigación (diciembre 2011).

Tomando como referencia la tríada que analizamos anteriormente, consideramos importante explicitar qué sentidos eran adjudicados por el responsable de la SPAA al contexto en el que se dará el uso de drogas. En el documento Bases Filosóficas del Programa “10.000 líderes para el cambio”, Yaría retomando a Edgard Morín (1994) define a la situación social de la época del siguiente modo:

“caída de la red solidaria que constituía la gran familia; además de la instauración de la civilización urbana y suburbana anónima. Surge la indiferencia como una mancha de aceite que se extiende por todo el cuerpo social” (Yaría, 1995: 18).

Frente a esa situación el Secretario considera que la familia y la escuela son dos instituciones centrales en la intervención. Apela al trabajo en la comunidad como una instancia para superar lo que define como “la abulia en la sociedad”. En sus palabras:

“es indudable que el marco social y la crisis cultural en la civilización urbano-tecnológica disuelve los liderazgos en la medida que hay una deflación de los elementos personalizantes por excelencia: familia y escuela especialmente. A través del “Programa 10.000 líderes para el cambio” se promueve (...) la animación social de grandes organizaciones para salir de una abulia que acompaña el final de este siglo” (Yaría, 1995: 19).

Estas palabras que parecerían convocar a la sociedad civil, dista mucho de las estrategias de movilización y animación social, como aquellas que desde la educación popular tienden a empoderar a las comunidades, creando lazos solidarios de ayuda mutua. Por el contrario, en los años 90, frente a una abierta y contundente retirada del Estado, argumentaciones de este tipo son coincidentes con las recomendaciones del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, donde la promoción de la participación en salud tiende a suplantar la inacción estatal. Tal es así que desde la SPAA se sostiene que: *“el simple voluntariado aislado evolucionó hacia el compromiso responsable, (...) sin esperar respuestas mágicas del Estado, cuyo papel debe ser el dinamizar, orientar y acompañar el proceso” (SPAA, 1999: 6).*

Otra cuestión a destacar es que las bases conceptuales de la política pública de esta época estaba teñida de una actitud moralizante y estigmatizante del/la usuario/a de drogas y su familia, e incluso victimizante y culpabilizadora en cuanto a la situación de consumo. Esto responde a una suerte de superposición de los modelos moral-jurídico y médico-sanitario. Según palabras del Dr. J. A. Yaría, la SPAA se crea en *“respuesta a la necesidad de reforzar el capital social de la comunidad, permitiendo inmunizarla contra el avance de la enfermedad” (SPAA, 1999: 5)*, este modo de enunciar los consumos de sustancias, “la droga” como “agente infeccioso” que requiere que la comunidad sea “inmunizada” responde claramente al segundo de los modelos descritos en el apartado anterior.

Al realizar un análisis del discurso de materiales producidos en la época, pudimos distinguir estos tipos de perspectivas, jurídica y biomédica. Un ejemplo de ello es el slogan “CAMBIA BEBER POR VIVIR” que asocia consumo a muerte. Éste fue utilizado en la cartelería, banderas y remeras de la SPAA.

Asimismo, en el cuadernillo “Centros Preventivos Escolares”, el cual brinda los lineamientos básicos para el desarrollo del Programa que lleva el mismo nombre, en un apartado que denominan “detección precoz”, del cual transcribimos un breve fragmento, se describe lo que denominan “signos y síntomas para realizar una detección precoz del abuso y/o adicción a las drogas”:

“Los síntomas los observaremos, generalmente en las conductas y los signos sobre el cuerpo.

Síntomas de abuso y dependencia:

Respecto a la familia: Aislamiento de la familia; falta de comunicación con la familia; excusas para no estar en casa; TV siempre encendida; escapadas o salidas después que la familia se durmió; peleas, constante ira; mentiras acerca de dónde va y con quién; escapadas o desaparecidas por días; estados de ánimo fluctuantes; sentimientos de extremo bienestar o depresión profunda; sin interés por nada; no existe futuro ni proyecto.

Respecto a los amigos: Nunca está sin amigos para pasar la noche; llamadas telefónicas estrambóticas (música alta por detrás), pueden cortar sino es el usador quien contesta; actitudes solitarias (se autosegrega); encuentros con amigos en parques y/o plazas, video juegos, bares o cervecerías, pero nunca son traídos a casa. Respecto a la religiosidad y la iglesia (de cualquier confesión): Falta de creencias espirituales (no hay Dios, roturas espirituales); pasa todo el domingo durmiendo (afuera toda la noche del sábado)”

Como podemos observar, se trata de un claro ejemplo de reduccionismo y mirada moral-jurídica, que reproduce nociones biomédicas, paternalistas de un enfoque preventivo centrado en los “factores de riesgo”. Estableciéndose un correlato, una línea muy delgada entre adolescencia “mortal” urbana y adicción. Cabe destacar, que este material serviría como referencia para docentes y padres, mediante el cual se impulsaba a ser utilizado para “controlar/vigilar” a las y los jóvenes. Operaba como una suerte de instructivo para detectar señales que permitieran identificar la desviación, es decir que cumplía la función de mecanismo de control sobre lo que se entendía como “anormalidad”, dentro de una visión de familia tradicional, judeo-cristiana, de clase media, en una sociedad que apenas hacía una década se desprendía de la dictadura cívico-militar más sanguinaria de la Argentina. En un continuum con la idea de que “los/as hijos/as en la calle son un peligro”, asentada en una postura de vigilancia social.

A pesar que el último párrafo del apartado advierte que “mucho de lo expuesto, puede ser completamente normal en los/as adolescentes”, al tratarse de un extenso listado de signos y síntomas de todo tipo, los/as lectores/as tenderían a enfocar la mirada en el listado y no en la aclaración o advertencia de relatividad del mismo.

Otra cuestión a destacar es que, desde los distintos programas se focalizaba en las y los jóvenes, perdiendo de vista que el consumo de sustancias se extendía también en la población adulta. En última instancia se trata de una visión adultocéntrica que niega toda capacidad de agencia de la juventud y al mismo tiempo la negativiza acusándola de todos los males de la sociedad.

En el plano asistencial de la SPAA, teniendo en cuenta pautas similares, se elaboraban “normas de funcionamiento” para ser cumplidas por las personas en tratamiento. Por ejemplo, en ese período, desde un modelo abstencionista se sancionaban las recaídas, o desde un enfoque represivo, por ejemplo, se prohibía entre otras cosas el uso de aros y piercings mientras se estaba en tratamiento.

Del análisis tanto de las entrevistas, observaciones y revisión de documentos, en relación a la incorporación de la perspectiva de género en las distintas instancias de intervención, concluimos que, no sólo no había programas específicos, sino que tampoco se tomaba en cuenta dicho enfoque en los distintos programas que se desplegaron en ese período dentro de la política pública de drogas.

Además, tanto desde el discurso verbal como en el material impreso se observó la reproducción de un modelo patriarcal y tradicional como deseable para mantener y recuperar “la salud”, centrado en la familia nuclear donde los roles parentales de la pareja heterosexual responden a los locus consagrados que ubican a la madre en el ámbito privado y doméstico con una función fundamentalmente cuidadora y reproductora de la vida familiar, y el hombre sería el padre, jefe, proveedor ligado a la acción pública y política pero con una instancia de ser además quien establece la norma.

Varios ejemplos pueden brindarse sobre la cuestión, pero un ejemplo significativo podemos observarlo en el siguiente párrafo incluido en el “Manual de Capacitación Comunitaria” de la SPAA donde se plantea que:

“la desfamiliarización y la desescolarización son un factor de riesgo que alimenta una epidemia. (...). Cuantos más chicos tengan familia por lo menos hasta los 18 años y especialmente con la presencia afectiva y

orientadora del padre biológico menos posibilidades existen que aparezcan severas patologías de conducta. Estudios internacionales y nacionales así lo demuestran: la criminalidad alta de la juventud afroamericana está vinculada con esto. En la década del 60 Alexander Mitscherlich en un libro histórico “La sociedad sin padre” alertaba sobre la relación entre la desorganización familiar con ausencia presencial y simbólica del padre y la violencia (drogas y alcoholismo)...” (SPAA, 1999: 57-58).

No sólo que se estigmatiza a las familias no tradicionales, sino que en un mismo acto se criminaliza a la juventud y a la población afroamericana. Se asocia también, dentro de esta mirada, el



ILUSTRACIÓN 1. Logo de la SPAA

considerar que los usuarios de drogas y alcohol serían mayoritariamente los varones jóvenes, invisibilizándose así, el consumo de las mujeres. Una imagen que sintetiza esta concepción es la que identifica a la Secretaría de aquella época: un padre arrodillado frente a un niño o adolescente varón (Ver ilustración 1). Se trata de una lectura patriarcal, en el sentido de adjudicar los problemas de “los jóvenes” a la ausencia de padre = ley. Sin embargo, desde esta mirada se elude que dicha ausencia es efecto también de las políticas neoliberales de los años ‘90, que desemplearon a un alto porcentaje de varones en etapa productiva. En esa época aparece la figura del homeless descentrado de las familias y

sobre esta lógica se puso el acento en los tratamientos.

Este pensamiento arcaico, estigmatizante, heteronormativo podemos constatarlo claramente en la siguiente cita del Dr. Juan Alberto Yaría:

“la cultura actual deteriora dos funciones ejes del proceso de hominización: la función de madre (sistema familiar) y la función de jefe (sistema familiar y sistema de poder social). Las nuevas organizaciones familiares ya sea la familia nuclear típica (padre-madre-hijos) o distintas variaciones de desorganización familiar (padres o madres solos, familias ensambladas, separaciones violentas, uniones que perduran a través del masoquismo); (...) La madre (noción en crisis en la actualidad) se encuentra solicitada desde varios frentes; el padre-jefe también vive una perplejidad ya que el rol tradicional autocrático se halla descalificado por su propia mujer, los hijos e incluso potenciado todo esto por los mediadores de la cultura de masas. El rol de autoridad paterna y la continencia materna se hallan confundidos entre tantas situaciones de perplejidad y solicitudes diversas. (...) Esto no sólo plantea un problema en el desarrollo afectivo sino fundamentalmente en el desarrollo moral. (...) El problema moral se transforma en un problema social ya que el acatamiento a la norma es bajo y aumentan las conductas desviadas” (Yaría, 1995: 13-14).

Son elocuentes estas palabras que cristalizan y reifican a la familia nuclear, heterosexual, judeo-cristiana, con roles parentales y de género tradicionales, descalificando otros modelos familiares y asociándolos a la desmoralización y al aumento de conductas desviadas en la sociedad. En otro orden de cosas, podemos agregar que no se hace uso de un lenguaje no sexista, sino que se utiliza fundamentalmente el género masculino para la expresión lingüística.

Una cuestión a resaltar fue el importante presupuesto con que contó la gestión de Yaría. Esto le permitió desplegar una estructura descentralizada compuesta por distintas modalidades asistenciales, llegando a tener 181 Centros en toda la provincia, articulando con organizaciones de la sociedad civil que de algún modo imprimieron su propia interpretación de la “problemática”; esto podía agudizar la visión de control social que antes describiéramos, asociado por ejemplo, a comunidades terapéuticas con un enfoque religioso, en otros casos, a estrategias paternalistas y clientelares.

Otra característica es que esta gestión fue acompañada de una fuerte capacitación de los equipos de trabajo, convocando a numerosos/as especialistas nacionales e internacionales de la Comunidad Europea, especialmente de España.

Un modelo distinto para la gestión que se impulsó en los últimos años de la misma, fue el denominado “Ciudades Preventivas”, este programa partía de un diagnóstico que recuperaba las representaciones sociales de la comunidad mediante entrevistas en profundidad a informantes clave, luego promovía la conformación de Comisiones Preventivas Comunitarias tendientes a potenciar las capacidades organizativas, siendo los/as mismos/as referentes comunitarios quienes determinaban las prioridades de intervención y modalidades de acción. Incorporaba el trabajo interdisciplinario e intersectorial. Desde la lógica de investigación-acción participativa se discutían nuevos paradigmas para entender/explicar el uso de drogas, que surgía de una polifonía de voces para luego apropiarse de las estrategias más acordes para encausar la prevención en su propia localidad. Sin embargo, pese a que dicho programa auguraba una perspectiva interesante de abordaje, quedó trunco ya que no fue retomado por la siguiente gestión.

Gestión Eduardo Pablo Amadeo

En Septiembre de 2000, el Dr. J. A. Yaría y su gabinete presentan la renuncia, reemplazándolo en el cargo el Lic. Eduardo Pablo Amadeo, quien asume bajo el Decreto Provincial 3484/00.

De acuerdo a las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo, se reconoce a esta gestión como aquella que “tuvo como fin la reorganización del gasto público”, lo cual “no se tradujo en una mejor gestión de recursos, sino en una nueva redistribución de los mismos”. A partir de la observación participante, pudimos constatar que durante el año y dos meses de gestión, se revisaron cada una de las organizaciones con las que la gestión anterior había establecido convenios y se redistribuyeron los subsidios otorgándose los a nuevas ONGs., coincidentes con el signo político de la gestión.

Otros elementos que destacan los/as entrevistados/as es que con la llegada de los/as nuevos/as funcionarios/as se interrumpió el proceso de intervención comunitaria que estaba en auge, siendo el Programa de Ciudades Preventivas un claro ejemplo de este impulso que fuera truncado. Según los relatos, a partir de la nueva política “se disolvió lo que se venía gestando”. No sólo se dejó de financiar dicho programa, sino que en algunos casos se desmembraron los equipos de trabajo, sin evaluación de resultados que lo justificara.

“Los primeros seis meses... o más, de la gestión de Amadeo, nos la pasamos haciendo proyectos que nunca concretamos, me acuerdo que nos reuníamos en la región, que estaba en calle 9... te acordás? y ahí T. (coordinadora de la Región XI) nos juntaba a hacer proyectos... como si no tuviéramos experiencia, o no conociéramos los barrios donde hacía años que veníamos trabajando! Nos metieron para adentro... “a planificar” (risas)”. (Trabajadora Social).

Tal como explica la entrevistada, la estrategia implementada por la gestión de Amadeo parte de la idea de que “todo lo anterior es malo”, y por lo tanto, en vez de evaluar las actividades que se hicieron y corregir errores, se terminó deteniendo el proceso de prevención que se venía desarrollando.

Es escaso el material que se publicó durante este período, por ejemplo uno de los documentos donde se sientan las bases conceptuales de la gestión titulado “Prevención de las adicciones, una mirada integral” define que: *“la prevención del consumo de drogas debe incluir acciones que conciben a la salud integral de las personas como el desarrollo de sus capacidades e intereses (...) que está atravesado y determinado por las emociones, los proyectos de vida, la historia individual, el contexto cultural, social y económico” (SPAA, 2001: 10).*

El enfoque de prevención integral que plantean, es definido como “un proceso de cambio centrado en las personas, que promueve el desarrollo de miradas, actitudes y acciones preventivas en el ámbito social desde una perspectiva transversal e intersectorial” (SPAA, 2001: 16). Se sustenta en

la identificación de “factores de riesgo y de protección, según promuevan o no el consumo” (ídem: 18) y apuntan a “la responsabilidad social en la prevención de adicciones” (SPAA, 2001: 29).

De acuerdo con la clasificación que realizamos sobre los modelos de las políticas preventivo-asistenciales, podemos decir que este período se ubicaría en el modelo psicosocial. El mismo, parte del análisis de los valores, creencias, actitudes, motivaciones de las personas, familias y grupos respecto al consumo de sustancias, para proponer acciones tendientes a fortalecer la autoestima, mejorar las relaciones interpersonales, promover la toma de decisiones, actitudes y comportamientos de autocuidado. Con el fin de reducir la demanda de sustancias, y proponer alternativas hacia comportamientos saludables.

Una cuestión a destacar es que esta visión no ha tenido en cuenta procesos macrosociales, pese a que en ese período se venía gestando la gran crisis de 2001-2002, donde el deterioro de los sectores populares e inclusive la aparición de “los/as nuevos/as pobres” y de movimientos sociales autogestivos como el caso de desocupados, no podían ocultarse. Asimismo, entre los/as usuarios/as de los sectores más pobres se originaban importantes cambios en cuanto a la toxicidad de las sustancias consumidas, de menor calidad, y la aparición de la pasta base de cocaína como una de las sustancias que se extendió rápidamente. El cambio en el circuito cultivo-producción-exportación de la cocaína, dio lugar a la instalación en nuestro país de “cocinas” para el procesamiento de la pasta base y la obtención de clorhidrato de cocaína. Esto generó un nuevo mercado interno, en las inmediaciones de los laboratorios clandestinos, comercializándose “productos intermedios” como “paco” y otras cocaínas fumables, que contienen distintos productos de elevada toxicidad. Sin embargo, la gestión a cargo de Eduardo Amadeo, centraba su mirada en las personas y por lo tanto en sus actitudes frente al consumo. Como consecuencia, se produjeron barreras de accesibilidad en la atención que generaron una fuerte caída de la cantidad de personas en tratamiento durante 2001-2002.

En cuanto a la perspectiva de género, no se pusieron en práctica programas específicos ni transversales, que den cuenta de un cambio respecto del período anterior. La concepción de familia que utilizaban era más abierta y dinámica, retomando a Elizabeth Jelín se la definía como “una institución social, creada y transformada por hombres y mujeres en su accionar cotidiano, individual y colectivo” (Jelín, 1998, citado por SPAA, 2001: 36). Asimismo, en este período se reconocen una multiplicidad y variedad de familias conformadas por “madres solteras con hijos, padres que se hacen cargo de los hijos después del divorcio, grupos compuestos por tres generaciones como abuelos, madre e hijo viviendo juntos (...)” (SPAA, 2001: 36). Sin embargo, tal como señalamos anteriormente, se desconocen factores sociopolíticos, económicos y culturales que operan sobre la misma, considerándola una institución autónoma de los constreñimientos estructurales por ello, en el mismo documento se enuncia que “de cada uno de nosotros dependerá que la familia sea un ámbito para el desarrollo integral de las personas” (ídem: 37).

Gestión Claudio Daniel Mate Rothgerber

El 2 de febrero de 2002, con la reforma del Estado bonaerense, se produce un nuevo cambio, debido a la pérdida de categoría ministerial, la Secretaría se convierte en Subsecretaría de Atención de las Adicciones (en adelante SADA) y pasa a ser incluida dentro del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires mediante el decreto 1370/03. Integra la oferta pública de atención de las

adicciones con la estrategia sectorial de la Salud Pública, siendo en esa oportunidad el Lic. Claudio Daniel Mate Rothgerber quien asume el cargo de Subsecretario mediante el decreto 1683/03.

La concepción que comienza a instalarse en la gestión es que *“las adicciones no son un problema de las personas, ni un “flagelo” de la sociedad, son un fenómeno de la cultura. Las drogas han existido siempre, en todas las épocas. Lo nuevo es, de un lado, su expansión pandémica y del otro, un negocio multimillonario mundial que mueve anualmente una masa financiera más de seis veces superior a la deuda externa argentina, solamente en las drogas ilegales. Las adicciones son hoy un mandato de la cultura. De la cultura del consumismo y el materialismo”* (SADA, 2002: 9).

Partiendo de la idea que la modalidad de intervención de los Centros Provinciales de Atención de Adicciones (CPA) era de tipo asistencial, y escasa promoción de salud, se propuso *“cambiar el comportamiento clásico de los centros de atención de la salud, basado en el posicionamiento pasivo de los recursos”* (SADA, 2002: 8), *promoviendo “multiplicar el número de pacientes contenidos por la red asistencial, mediante mecanismos de acción proactivos extramuros”* (Ídem: 8).

Para responder a esta lógica de mayor cobertura, se impulsaron por ejemplo, distintas estrategias *mass mediáticas* difundidos en canales televisivos de aire y spot radiales.

Si bien, no podemos atribuir exclusivamente al uso de las estrategias comunicacionales como fuente única de visibilización de los recursos asistenciales, se puede destacar que paulatinamente fue aumentando el número de personas que concurrían a tratamiento a los CPA, partiendo en 2002 de una atención de poco más de 3500 personas anuales en toda la provincia hasta alcanzar en 2006, a 8000 consultas en el año. Este aumento exponencial puede deberse no sólo a la difusión de los recursos de la SADA, sino a un incremento en el número de usuarios/as que comenzaron a tener una relación problemática con su consumo. Recordemos que este período, post crisis del 2001-2002, impactó diferencialmente a cada estrato social. Asimismo, se produce un cambio en el circuito de producción, circulación y venta de sustancias, con la emergencia de las cocaínas fumables con una elevada toxicidad y la adulteración de la cocaína.

Otras disposiciones llevadas adelante en este período, se inscriben en los “criterios de descentralización” pero desde un enfoque tecnocrático. Según el Documento “Plan Provincial de Atención de las Adicciones” (SADA, 2002), esta lógica se funda en “la inversión racional y eficaz de los recursos públicos”, sustentados en “la idea articuladora de recrear un Estado presente y eficiente, carente de burocracia y cerca de la gente”.

Volviendo a nuestro esquema de interpretación de los modelos de intervención de la temática, al analizar las palabras del Lic. Claudio Mate en relación a su postura referida al consumo de sustancias como un “fenómeno de la cultura y no un problema de las personas”, podemos suponer que la mirada de esta gestión se vincularía más con un enfoque socio-cultural, alejándose de las concepciones médico-sanitarias y buscando una intervención más marcada en los procesos macrosociales que se relacionan con el consumo.

Ahora bien, al considerar los distintos documentos, materiales, manuales que fueron utilizados para diferentes programas en esta gestión, no perdemos de vista la existencia de una suerte de superposición de los discursos sostenidos por las anteriores administraciones con un leve intento de marcar algunas cuestiones propias. Esto se puede advertir, por ejemplo, en los materiales elaborados y entregados dentro del Programa de Educación Preventiva: “Manual Jóvenes en Prevención [adicciones en el ámbito escolar]”. Allí se observa cómo se reciclan, las mismas propuestas de actividades que se utilizaban durante la gestión de Yaría. Una cuestión sumamente llamativa es que,

prácticamente la mitad de los recursos teóricos que contienen dichos manuales, está destinada a describir los distintos tipos de sustancias, sus efectos, causas y consecuencias de su consumo. Estrategia que remite a los Modelos moral-jurídico y médico-sanitario, donde la mera difusión de información sobre las sustancias, es una visión reduccionista de la complejidad y multidimensionalidad del fenómeno. Como señalamos anteriormente, naturaliza las construcciones sociales circulantes connotando al/la usuario/a de drogas negativamente, como desprovisto/a de voluntad para “enfrentar el mal”, asociando “droga a muerte”. Le quita al/la sujeto/a toda capacidad de agencia y niega el uso no problemático de sustancias, al concebir a todo/a usuario/a como adicto/a.

Por otro lado, al incorporarse como contenido teórico el de factores de riesgo y protección, puede identificarse también la coexistencia con el Modelo Psico-social. Sin embargo, al analizar los indicadores que se utilizaron para la evaluación y medición de resultados de las estrategias preventivas, concluimos que éstas se encuadran nuevamente en la mirada médico-sanitaria.

En suma, vemos cómo los discursos, nociones y estrategias diversas y a veces contradictorias de abordaje han convivido en las distintas gestiones.

Finalmente, queremos señalar que en el período que estamos analizando tampoco se incorporó la perspectiva de género al abordaje de los consumos de sustancias y se continuó utilizando un lenguaje sexista en los materiales elaborados.

Gestión Patricia Segovia

En Diciembre de 2005, con el decreto 2961/05, el Lic. Claudio Daniel Mate Rothgerber deja el cargo de Subsecretario de Adicciones para asumir como Ministro de Salud de la Provincia (Decreto 2989/05). Ocupará su lugar la Lic. Patricia Segovia según decreto del Ejecutivo Provincial N° 3037/05, dando continuidad a la política del anterior subsecretario.

Además de la concepción que se tenía de “las adicciones como un fenómeno de la cultura”, se puntualizó en esta gestión “la necesidad de reconstruir el entramado social, apuntando a una tarea colectiva y participativa de todos/as los/as actores” (Informe de gestión 06/07, SADA, 2007: 8). Por ello los lineamientos que se propusieron durante el bienio 2006-2007 fue el de “la intersectorialidad, el barrio y los jóvenes como ejes de gestión” (ídem: 9), ¿por qué los/as jóvenes?, porque se buscaba “fortalecer su juicio crítico, para que crezca en ellos la capacidad de elegir, donde abunden los valores y no la acumulación de objetos, para que sean partícipes de sus opiniones y proyectos. Nuestros jóvenes son el presente y con ellos buscamos generar espacios de creación, recreación y acción, desarrollando sus potencialidades con una mirada futura” (SADA, 2007: 10).

Partiendo del reconocimiento de los procesos económico-sociales que impactaron en la Argentina en los inicios del nuevo milenio, la política de la SADA se centró en una “estrategia de abordaje específico-integrado, en la que el consumo de drogas no puede ser separado del contexto, (...) requiere de una mirada global, integrando a la persona, familia y su entorno, desde un enfoque psicosocial y sociocultural” (Ídem: 9). Recupera además la necesidad de consolidar la intersectorialidad a partir de la conformación de una Mesa Integrada de Políticas Públicas de la Provincia de Buenos Aires.

Pese a este aparente cambio de enfoque, al igual que en el período anterior existe un solapamiento de discursos y estrategias de intervención que responden a concepciones enmarcadas en los modelos médico-sanitario, psico-social y socio-cultural, en algunos momentos prevalecen unos por sobre otros, pero al analizar cada uno de los programas implementados se constata que los tres enfoques conviven en la estrategia pública. En este sentido, caben las mismas apreciaciones que

hiciéramos para el período anterior, respecto a las características reduccionistas que operan desde la perspectiva médico-sanitaria. Es decir, que si bien se intentaba incorporar una visión de mayor complejidad, se recurre una y otra vez a abordajes atomizados. Son contundentes al respecto las piezas comunicacionales utilizadas entre 2006 y 2007.

Por ejemplo en el interior del tríptico “Habla con tu hijo”, se da un listado de distintas “señales” que podrían advertir a padres y madres que su hijo/a está consumiendo drogas.



“Prestá atención a las señales de advertencia que pueden indicar que un joven está experimentando con las drogas: una baja en las notas de la escuela o una reducción de las actividades extraprogramáticas organizadas (como, por ejemplo, el retiro inexplicable de un deporte); ojos enrojecidos; aletargamiento; un inexplicable cambio de amigos; comportamiento insólito o irregular; súbitos cambios de humor; mínima interacción con la familia; desaparición de artículos de valor o dinero del hogar; cambios en los hábitos alimenticios”.

ILUSTRACIÓN 2: tríptico “Habla con tu hijo” – SADA. Fuente: página web SADA.

En un recuadro: “Es hora de sacar las drogas de nuestra sociedad”. “Son nuestros jóvenes. Es nuestro futuro. ES NUESTRA PROVINCIA”

El contenido nos remonta al listado de señales e indicadores que transcribiéramos del Cuadernillo “Centros preventivos escolares” utilizado durante la gestión del Dr. Yaría, con discursos que patologizan a la juventud, sobre la cual se ejerce un control social sustentado en la idea de desviación, anormalidad y anomia. No es menor el mensaje brindado en las piezas comunicacionales, ya que es el tipo de material que mayor alcance tiene, por su rápida y fácil lectura, tamaño, etc., mientras que a pocas personas les llegará el Informe de Gestión. En este sentido, los enfoques psico-social y socio-cultural desde los cuales, a decir de la Lic. Patricia Segovia, se posiciona la Subsecretaría, entra en clara contradicción con el recurso comunicacional que le llega a la gente de manera directa.

Otra campaña que remite a la asociación “droga = muerte”, signada por el modelo médico-sanitario, es la que se lanzó en noviembre de 2006, en respuesta al incremento del consumo de Pasta Base de Cocaína, “Paco” (Ver ilustración 3). El díptico elaborado sobre fondo blanco resalta el slogan



“fumar PACO MATA”. Por detrás, se observa una línea que simula el control de un monitor cardíaco, que dibuja la actividad eléctrica del corazón, con los picos hacia arriba y abajo de las pulsaciones, para terminar en una línea recta que representaría un paro cardíaco, indicando la muerte. Cerrando la idea con las frases: *“mata todo en tu vida, te esclavizas y sólo te importa fumar”, “mata... porque aún los cerebros no se trasplantan”*

Nuevamente vemos la contradicción entre una mirada que

Ilustración 3: díptico “fumar paco mata”. – SADA. Fuente: página web SADA.

supuestamente incorpora el análisis del contexto a la problemática, pero que retorna a modelos de prevención que utilizan el “temor” como estrategia. Asimismo, este material elude la necesidad de enfocar la prevención del consumo de sustancias desde una perspectiva de reducción de riesgos.

Desde una mirada de género podemos destacar que en esta etapa surgieron dos programas que hicieron referencia explícita a las mujeres. Por un lado el clásico programa escuela para padres pasó

a denominarse espacio para padres y madres; por otro lado, se creó el programa madres en red. Sin embargo al indagar sus objetivos, acciones y el material producido para los mismos, constatamos que de ningún modo se incorpora una perspectiva de género. Más bien éstos programas reproducen una concepción tradicional sobre las tareas “femeninas”, en base al imaginario circulante que ubica a las mujeres de los sectores populares en la realización de tareas tendientes a contribuir al sostenimiento del entramado social. En nuestro caso de análisis, podemos tomar como ejemplo uno de los objetivos del programa “madres en red” que tienden a reproducir esa misma lógica patriarcal, donde las madres trabajarían desde el voluntariado para “aportar al fortalecimiento de las familias, con acciones que favorezcan el desarrollo de la capacidad de acompañamiento y referencia para los jóvenes”. En ninguno de los objetivos de los programas nombrados, se considera el favorecer la equidad de género, por el contrario, se refuerzan valores preexistentes que restringen a las mujeres a actividades reproductoras, de cuidado, y no se discuten o ponen en tensión las desigualdades de oportunidades y de poder entre los géneros.

El deterioro institucional

A partir de 2008, la Subsecretaría de Atención de las Adicciones atravesó cinco cambios de Subsecretarios/as acompañados/as cada uno/a de su propio gabinete incluyendo en muchos casos también a Directores/as Provinciales y de Línea. Asimismo en 2009 el organismo pasó de depender del Ministerio de Salud al ámbito del Ministerio de Desarrollo Social, para regresar nuevamente a comienzos de 2012 al Ministerio de Salud.

Estos cambios fueron vivenciados por los/as trabajadores/as del organismo, en el mejor de los casos, como una “situación desgastante”, ya que a cada gestión le llevaba un período de tiempo conocer el funcionamiento interno, para luego poder implementar su plan de trabajo (aunque en algunos casos ni siquiera llegaron a implementar una política propia). Hubo subsecretarios que estuvieron entre tres y nueve meses a cargo de la cartera de gobierno.

Las siguientes tres administraciones (la primera a cargo de la Lic. María Graciela García, la segunda a cargo del Dr. Javier José Goñi Campagiorni y la tercera liderada por el Lic. Edgardo I. Binstock), no sólo no alcanzaron a definir una estrategia distintiva o diferente de las anteriores, produciendo escasos materiales y realizando acciones por la inercia de trabajo que los equipos traían de años anteriores, sino que durante este período la institución atravesó una crisis aguda, con un deterioro importante en la calidad de atención, sumado a un menoscabo tanto en infraestructura como en las remuneraciones al personal, falta de pago de alquileres de los centros, servicios de luz, gas, teléfono. Algunas de las comunidades terapéuticas no tenían insumos para alimentar a los/as usuarios/as que estaban internados/as y diariamente tenían que ser retirados/as por sus familias para alimentarse en sus casas y luego regresar al día siguiente, o en su defecto las comunidades recibían donaciones de vecinos/as y del personal para poder mantener el servicio. La Federación de Organizaciones No Gubernamentales (FONGA) denunciaba que la Subsecretaría adeudaba mensualidades a las ONGs, por las becas que recibían los/as pacientes derivados/as por la SADA. Las medidas de fuerza (paros, asambleas, marchas, etc.) fueron un rasgo distintivo de este período.

El primer indicio de deterioro, fue cuando la Lic. María Graciela García frente a la crisis institucional y al no contar con presupuesto, ni con respaldo Ministerial, presentó la renuncia al año y cuatro meses de asumir. La reemplazaría el Dr. Goñi, quien era Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud, y officaría como interventor. Según declarara en los medios locales *“la intención es cumplir con lo anunciado por Scioli en el marco de su discurso de apertura de sesiones ordinarias, en el que anticipó su intención*

de elevar el rango del área a secretaría, una movida que implicaría que Adicciones salga del área administrativa del Ministerio de Salud” (Diario El día, 21-4-2009).

Sin embargo, no se elevó el rango del área a Secretaría (como lo fuera en su creación) sino que se realizó un traspaso desde el Ministerio de Salud al Ministerio de Desarrollo Social. Esta transición fue iniciada mientras fue Subsecretario el Lic. Edgardo Binstock.

Gestión Gabriela Alejandra Torres - ¿Hacia una transición?

En Julio de 2010 asume la Lic. Gabriela Alejandra Torres, extendiéndose su gestión hasta fines de enero de 2012. En su gestión observamos un marcado cambio de paradigma en la lectura de la cuestión social vinculada al consumo de sustancias, que se acerca a una perspectiva de derechos humanos, desde una concepción integral y su propuesta de intervención se centró en el plano comunitario, en el marco de los planteamientos que propone la Ley Nacional de Salud Mental (26.657).

No obstante, debido a que la crisis institucional fue de tal envergadura, extendiéndose por más de dos años, signada por un alto deterioro en la calidad de atención por falta de recursos humanos y materiales, decadencia de infraestructura, desgaste de los equipos, inercia de trabajo por falta de lineamientos, etc., produjo en el personal y usuarios/as de los centros un descreimiento tal, que a cualquier propuesta que se hiciera desde los/as funcionarios/as se le ofrecía resistencia. En este contexto, pese a que gran parte de las y los funcionarias/os de la gestión de Torres era personal de carrera de la Subsecretaría, y habían vivenciado las mismas situaciones de menoscabo organizacional que el resto de los/as trabajadores/as, incorporaron un nuevo condimento que convulsionó aún más la situación, éste fue la utilización en muchos casos de estrategias autoritarias de traslado de personal, descalificación de los equipos o de profesionales, cierre de servicios, etc., que terminó produciendo un efecto de fuerte rechazo hacia la gestión desde muchos sectores del organismo.

Mientras tanto el consumo de sustancias en la Provincia de Buenos Aires adquiría nuevas características, con un incremento del consumo de pasta base entre los sectores más vulnerables de la población, pero también llegando a los estratos medios; la toxicidad de las sustancias y la baja calidad de las mismas generaba un mayor deterioro en la salud de los/as usuarios/as; las lógicas de nuevas formas y depreciación de los intercambios por drogas; el consumo de psicofármacos y los policonsumos donde el alcohol siempre tuvo un lugar constante, marcaban también un rasgo distintivo en esta etapa, que no contó durante un extenso período de tiempo con una respuesta sociosanitaria acorde y de calidad para abordar la situación.

Lamentablemente, el proceso de diseño del programa central “Familias en Red” que caracterizaría a su gestión, fue elaborado durante el primer año de mandato y recién fue presentado seis meses antes de ser desplazada por la siguiente gestión. No llegó a ser implementado en toda su magnitud. Desde esta gestión se consideraba: *“las problemáticas asociadas al consumo aparecen como un síntoma social y su atención requiere de modelos de abordaje integral que contemplen las distintas dimensiones que configuran al sujeto como un ser biopsicosocial” (SADA, 2011).*

Esta concepción de “síntoma social”, es una explicación que no había sido considerada por las gestiones anteriores. La misma se inscribe en el enfoque sociocultural, interpretando el síntoma no en términos psicopatológicos individuales como se haría desde el modelo psicosocial, sino vinculado a procesos sociales generalmente sujeto a la escasez de bienes y servicios, o a presiones

de tipo culturales. Si bien podemos coincidir con esta visión que justificaría el traspaso de la SADA al ámbito del Ministerio de Desarrollo Social, en la práctica se tradujo en una mayor desfinanciación de la Subsecretaría, al no priorizarse áreas dirigidas a atender los usos problemáticos de sustancias.

Otra iniciativa impulsada en este período fue la elaboración de un subprograma de prevención dirigido a población travesti-transsexual-transgénero, desde una perspectiva de género que pudiera garantizar una atención integral y de calidad, reconociendo las necesidades de esta población. Lamentablemente, pese a la gran cantidad de reuniones mantenidas con ONGs. referentes de la población LGTBI¹⁰, habiéndose preparado lineamientos de trabajo básicos para iniciar sus actividades, no contó con la decisión política necesaria para poder implementarse.

Conclusiones

Luego de haber presentado cada uno de los períodos de administración estatal de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones podemos sintetizar algunas cuestiones. En primer lugar, salvo la última gestión descrita, en el resto ha existido una continuidad ideológica que sustenta una actitud moralizante y estigmatizante de los/as usuarios/as de sustancias y sus familias, e incluso culpabilizadora y victimizante en relación a la situación de consumo.

Si bien, en algunos momentos desde el discurso de los/as funcionarios/as se valían de nociones más *aggiornadas*, incluyendo visiones que incorporaban el contexto socio político y cultural donde se desarrollan los consumos de sustancias, al profundizar el análisis en los contenidos de materiales tales como cuadernillos, folletería, cartelería; al igual que en los objetivos de los programas, etc., advertimos la persistencia de nociones reduccionistas, atomizadas, ahistóricas que marcan la estrategia utilizada en el abordaje de la temática. En muchos casos, encontramos el mismo contenido con un cambio en el diseño del material.

Hemos descripto detalladamente materiales que asocian “droga = muerte”; que describen a la juventud como desviada, descontrolada, anómica que debe ser encausada, vigilada. A los/as usuarios/as como víctimas, esclavos/as, enfermos/as. Todos ejemplos, que remiten a los modelos ético-jurídico y médico-sanitario.

En ningún caso se utilizó una perspectiva de reducción de daños como modelo de prevención. Recién en la administración de la Lic. Gabriela Torres se comenzó a esbozar una estrategia de intervención, que concebía a los/as usuarios/as como sujetos/as de derecho, incorporando un enfoque integral en el abordaje. Se distinguió entre uso de drogas y uso problemático de sustancias, advirtiendo que no toda ingesta deviene en adicción.

En segundo lugar, se puede señalar una disminución progresiva de los recursos destinados al organismo. Los comienzos de la Secretaría en 1993 contó con un capital económico que le permitió instalar una estructura descentralizada en la mayoría de los municipios de la provincia y elaborar insumos materiales como manuales, cuadernillos, cartelería, folletería, etc. que se distribuyeron no sólo en los centros de atención, sino en aquellas instituciones donde se desplegaba cada programa, de este modo llegó material a gran parte de establecimientos escolares, clubes, iglesias, empresas, etc. Asimismo, capacitó a los equipos contando con la presencia de personalidades distinguidas de Europa, impulsando eventos provinciales, y regionales de formación e intercambio.

¹⁰ LGTB: refiere a la población lesbiana, gay, travesti, transsexual, transgénero, bisexual, intersexual.

Si bien en la administración del Lic. Claudio Mate se realizó una adecuación de la plaza de trabajadores/as, impulsando varias medidas ordenadoras, acorde con la estrategia de modernización del Estado. En las siguientes administraciones del organismo prácticamente se dejó de capacitar al personal. Se recurrió a la modalidad de “Foros y jornadas” de intercambio de experiencias, que si bien pueden ser de utilidad, no se compara con instancias formativas sustantivas que permitan mantener a los equipos actualizados frente a los nuevos desafíos que se presentan en el campo. En muchos casos también cesó la realización reuniones regionales. Progresivamente disminuyó la edición de materiales. Hasta que en los últimos años el deterioro fue tan agudo que hasta se adeudaba el pago de alquileres donde funcionaban los centros, al igual que los servicios de luz, agua, teléfono, gas. La remuneración de los/as trabajadores/as se vio resentida. Todas situaciones que, en última instancia, repercutieron en la calidad de la atención.

En tercer lugar, hemos señalado la escasa o nula incorporación de la transversalización de la perspectiva género como una estrategia de Estado. Por el contrario, en la mayoría de los períodos aquí analizados se reforzaron visiones patriarcales sustentadas en modelos tradicionales de género. En ningún caso se promovió la equidad de género, ni se discutió o puso en tensión las desigualdades de oportunidades y de poder entre los géneros, sino que se reforzaron valores preexistentes que restringen a las mujeres y otras identidades feminizadas a ocuparse de las actividades reproductoras, de cuidado en el ámbito doméstico, mientras que se reconocen y promueven espacios de poder a los varones en el ámbito público. En ningún periodo se problematizó la coerción y violencia física, sexual y psíquica que en muchos casos circunda los consumos de sustancias. Tampoco se vinculó a los varones desde la vivencia de nuevas masculinidades. Excluye las prácticas sexuales no hegemónicas y a los diversos tipos de familias (con la excepción de la gestión de Amadeo donde se las contemplaba); pues ubica a la heterosexualidad y a la familia nuclear tradicional como la norma, deviniendo en discriminaciones, exclusiones y desigualdades intergenéricas e intergeneracionales.

Bibliografía

- Corte Suprema de Justicia de Argentina (2009) “*Fallo Arriola y otros*”. A. 891. XLIV. RECURSO DE HECHO. Arriola, Sebastián y otros s/ causa n° 9080.
- Cosecha Roja (2014) *Viaje al infierno del usuario: dos semanas monitoreando causas por drogas*. Red de Periodistas Judiciales de Latinoamérica. 11 de septiembre de 2014. <http://cosecharoja.org/> (consultado junio de 2015).
- Decreto Provincial 2618/93 creación de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (SPAA).
- Diario El día, 21-4-2009 La asistencia a los adictos en crisis por falta de fondos. En: <http://pasado.eldia.com/edis/20090421/laprovincia12.htm>.
- Foucault, Michel (1993). El juego de Michel Foucault. En: *El discurso del poder*. Ed. Folios. Buenos Aires.
- Galante, Araceli; Pawlowicz, María Pía.; Rossi, Diana; Corda, Alejandro; Touzé, Graciela; Goltzman, Paula (2012). “El fallo Arriola. Debate en torno a la desjudicialización de la atención sanitaria de los usuarios de drogas”. En: *Revista de Pensamiento Penal*, Ed. 150 - 3/12/12. [Consultado 12 de septiembre de 2013]. <http://new.pensamientopenal.com.ar/sites/default/files/2012/12/ddhh04.pdf>
- Ley Nacional 23.737 sobre tenencia y tráfico de Estupefacientes.
- Ley Nacional 26.657 de Salud Mental.
- Ley Provincial 11.413/1993, modifican competencias del Ministerio de Salud y Acción Social
- Marradi, Alberto; Archenti, Nélica y Juan Ignacio Piovani, (2007); *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé Editores. p. 328.

- Nino, Carlos Santiago (1979) ¿Es la tenencia de drogas con fines de consumo personal una de "las acciones privadas de los hombres"? En: *Revista Jurídica, La Ley*, del 4 de octubre de 1979, pág. 743.
- Nowlis, Helen (1975). *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. París: UNESCO.
- Ramírez Monagas, Bayardo (1986): *Introducción teórica al modelo geopolítico-estructural: aproximaciones a un método de abordaje para construir una propuesta sobre la prevención del tráfico y consumo de drogas*. Caracas: CONACUID.
- SADA (2002) *Plan Provincial de Atención de las Adicciones*. La Plata: SADA. p. 33.
- SADA (2003a) *Plan Provincial de Atención a las Adicciones. Avances y planificación de gestión 2003-2007*. La Plata: SADA.
- SADA (2003b) *Nuevos aires*. Año 1, mes 8, número 2. La Plata: SADA. p. 16.
- SADA (2007) *Informe de gestión 06/07*. La Plata: SADA-Mrrio. de Salud, Buenos Aires.
- SPAA (1994). *Centros Preventivos Escolares*. Buenos Aires: SPAA. p: 53.
- SPAA (1999). *Seis años de Trabajo. Prevención y Asistencia de las Adicciones*. Buenos Aires: SPAA. p: 60.
- SPAA (2001). *Prevención de las Adicciones. Una mirada integral*. La Plata: SPAA. p. 45.
- Yaría, Juan Alberto (1995). *Las Adicciones y la post-modernidad. Bases filosóficas del Programa 10.000 líderes para el cambio*. Buenos Aires: SPAA. p: 20.