

## POLÍTICA DE DROGAS: EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

*Dr. Sergio Sánchez Bustos<sup>1</sup>*

En la primera parte de este texto se examina la situación del consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas en Chile, desde el punto de vista epidemiológico. Se estudian los resultados entregados por el gobierno de Chile, así como la bibliografía especializada. Una aproximación al perfil epidemiológico se construye y se pone en discusión sus alcances y limitaciones.

En la segunda parte, se revisan las campañas y estrategias preventivas que el Estado chileno ha desarrollado hasta el momento, en base a estudios y resultados oficiales que las han analizado. Un comentario crítico se esboza a partir de la revisión de los estudios realizados durante las últimas décadas. También se describe la forma de concebir el tratamiento, a escala poblacional, fijándose en las caracterizaciones de los programas diseñados y en la construcción del sujeto de tratamiento.

En la tercera parte, se revisa brevemente la historia de la legalidad actual que desemboca en la Ley N° 20.000 de drogas. A continuación se realiza un análisis de la situación actual de la insospechada reforma a la política de drogas que ha involucrado diversos actores e intereses.

1 Presidente Fundación Latinoamérica Reforma. Médico cirujano. Magister en Salud Pública. Doctor en Ciencias Sociosanitarias. Secretario Técnico Comisión Nacional de Fármacos Canábicos-Instituto de Salud Pública (2014-2015), Ministerio de Salud, Chile. Contacto a [sergiosanchezb@gmail.com](mailto:sergiosanchezb@gmail.com)

Un acápite de conclusiones y recomendaciones cierran el capítulo. La principal conclusión es que la política de drogas en Chile en los últimos 20 años no ha cumplido con su principal meta; la reducción del consumo de estas sustancias, sino que por el contrario, las tendencias de consumo han aumentado. Finalizamos con algunas sugerencias y recomendaciones.

A partir de nuestro estudio y del hecho que las tendencias de consumo de drogas no logran disminuir, podríamos atribuir causalidad a un intrincado cúmulo de aspectos que incluyen al modelo explicativo del consumo de drogas; al perfilamiento del sujeto consumidor de drogas; a los efectos indeseables de las campañas de prevención del consumo de drogas, etc.

Las principales fuentes utilizadas para el análisis han sido del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), institución estatal de control de drogas previa al SENDA. También se han consultado otros textos especializados disponibles elaborados durante los últimos años.

## **1. Epidemiología<sup>2</sup> de las drogas en Chile: los números de un fracaso**

Es un hecho que la política de drogas aplicada en Chile durante los últimos 25 años no ha logrado disminuir las del consumo de drogas ilícitas. En las páginas de este capítulo se comentarán algunas de estas cifras para comprender por qué razón esto ha

2 La epidemiología es una disciplina que estudia las enfermedades a nivel poblacional. Este “nivel de análisis” (población) permite describir la presencia de la misma con ajuste a diversos criterios, como lugar, sexo, edad, nivel socioeconómico, etc. La información que se obtiene a partir de su estudio, permite tomar decisiones para elaborar políticas públicas.

ocurrido y se contrastarán con la teoría de los determinantes sociales de salud de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2005) como una forma de teorizar alcances y limitaciones que tienen nuestras políticas de drogas actuales y sus marcos explicativos.

Con la finalidad de describir a escala poblacional el fenómeno de consumo de drogas, la autoridad ha escogido medir prevalencias de período, es decir la frecuencia total de casos existentes durante un período de tiempo determinado. En sus estudios, el SENDA ha recogido información tanto en períodos muy largos (prevalencia de vida) o períodos menores (prevalencia de uso anual o mensual).

Es importante notar que la prevalencia de vida mide cualquier consumo durante cualquier momento de la vida de una persona. Tiene la limitación de igualar al consumidor ocasional con quien lo hace de manera consuetudinaria e incluso diariamente, por lo tanto es una medida gruesa que no entrega mayor información respecto a quién consume ni como lo hace. Tiende a homogenizar la figura de quien consume atribuyéndole tan solo un sí o no. Las prevalencias mensuales y semanales, son más finas y mejor orientadas a buscar un consumo más frecuente, pues agrupa a consumidores que están o podrían estar consumiendo en el momento actual. Como hemos dicho, en Chile las prevalencias de consumo para marihuana, cocaína y pasta base de cocaína han sido medidas sistemáticamente por el Ministerio del Interior desde el año 1994.

*Tendencias de consumo para drogas ilícitas en población general -  
Prevalencia de consumo al año en población de 19-65 años.*

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010 <sup>1</sup>	2012	2014
<b>Marihuana</b>	4	4	4,8	5,7	5	5,4	7,2	6,4	4,6	7,1	11,3
<b>Cocaína</b>	0,9	0,9	1,4	1,5	1,5	1,3	1,3	1,8	0,7	0,9	1,4
<b>Pasta Base</b>	0,9	0,7	0,8	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7	0,4	0,4	0,5

Fuente: Tabla de elaboración propia con datos de SENDA

Las tendencias de consumo para drogas ilícitas en población general (19-65 años) se observa que el consumo de pasta base se ha mantenido constante en el tiempo, mientras que las tendencias de consumo de cocaína y marihuana han aumentado durante los últimos 20 años. Estas cifras marcan una primera evaluación de resultados de la política de drogas aplicada: no ha sido eficaz en disminuir el consumo de drogas ilícitas.

Existen otros estudios sobre población escolar que representan la preocupación de la autoridad por niños y jóvenes. Como hemos comentado, estos estudios han sido diseñados para conocer el consumo durante la vida, durante el año en curso y durante el mes en poblaciones escolares.

En la siguiente figura podemos observar las prevalencias de consumo del último mes para drogas ilícitas, alcohol inhalables y benzodiacepinas y diarias para el tabaco en población de niños y jóvenes:

*Tendencias de consumo en población escolar.  
Prevalencias de consumo (mes, diario) en población  
de 14 a 18 años.*

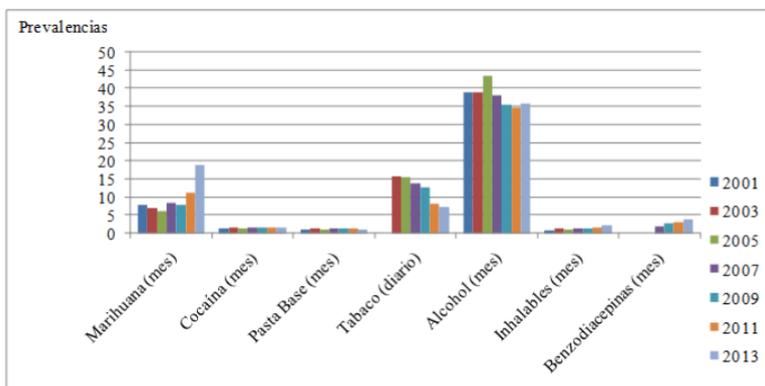


Gráfico de elaboración propia con datos de SENDA

Podemos notar un aumento del consumo de marihuana, inhalables y benzodiazepinas - que son drogas legales de prescripción médica- y una cierta tendencia a estabilizarse para el caso de cocaína, pasta base, y alcohol, que representa más de un tercio de la población escolar, transformándose en la droga más consumida por escolares en Chile.

El único consumo que disminuye es el de tabaco, reflejo de las normativas de regulación de consumo de tabaco, que restringen su uso en espacios públicos, establecimientos educacionales y en menores de edad, así como el aumento de precios (impuestos específicos). Este es un ejemplo de los efectos que tiene la regulación en el consumo de una droga. Los resultados exitosos en disminuir consumo tienen más que ver con la lógica de regulación del tabaco que la que se ha aplicado a las drogas ilícitas hasta ahora.

Regular significa permitir el consumo normado de una droga. Significa también impedir a quienes haya que prohibir y regular, normar y limitar, pero permitir el consumo a quienes nuestro ordenamiento social dictamine. En el caso de las drogas, para todas ellas, el consumo está permitido por nuestras leyes, pero ha sido el acceso el que ha estado denegado, por lo que si deseamos disminuir los riesgos asociados a su consumo, debemos regular. Los riesgos, y por tanto daños, no son solamente del área de la salud, sino también del ámbito policial y de la seguridad pública.

Sin embargo, debemos cautelar el límite entre prohibir y permitir, pues si prohibimos demasiado, entonces facilitaremos el mercado negro. Si permitimos mucho, como en el caso del alcohol, entonces la tendencia de consumo no va a declinar nunca.

Fijemos nuestra atención en las drogas que muestran mantención o aumento de sus tendencias de consumo. Se trata de las ilegales y todas las demás mensuradas, excepto, como hemos dicho el tabaco. Este hecho es el principal argumento a tener en cuenta para demostrar que la actual política no está teniendo

efecto alguno en disminuir el consumo de drogas en la población, al menos desde 1994 en adelante.

Es exactamente al revés en el caso del tabaco, que está siendo regulado eficazmente desde hace aproximadamente un lustro.

Podríamos suponer que la política realmente no tenga como objetivo el disminuir el consumo de drogas ilícitas ni lícitas y que realmente la política solo sea un acto comunicacional discursivo. También podría ser que la política no apunte a disminuir el consumo de drogas, esta explicación llevaría implícita la idea de que el consumidor de drogas se trata de un enfermo terminal e irrecuperable.

Pero no creemos que una teoría del complot pueda aportar a comprender la complejidad del fenómeno de consumo de drogas. Lo más probable es que la autoridad gubernamental haya errado sistemáticamente en su objetivo de control del consumo de drogas debido a una fallida concepción de múltiples variables del mismo.

Sea como fuere la definición política de base, podemos señalar que en Chile, las políticas de criminalización y sus campañas comunicacionales han tenido poco éxito en disminuir las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas.

El consumo de drogas ilícitas por grupos específicos permite observar que la población formada por jóvenes entre 19 a 25 años es la que tiene una mayor tasa de consumo para marihuana y pasta base en todos los años estudiados por la autoridad. Además, se muestra que el consumo de drogas mantiene claramente un mayor consumo en hombres que en mujeres en una relación de 4:1, siendo la prevalencia de consumo de último año de 9,27 para los hombres y de 2,20 para las mujeres.

El consumo de drogas está presente en todos los sectores socioeconómicos de nuestro país. La tasa de consumo de marihuana es levemente mayor en el nivel socioeconómico alto, pero a nivel nacional es de un 11,3% (SENDA, 2014). El consumo de pasta base es mayor en los estratos bajos: 1,4 %, siendo mínimo

en el estrato alto. El consumo de cocaína se comporta de manera similar al de pasta base.

### *1.1 Los énfasis de la política debieran apuntar al alcohol*

Es un hecho que la importancia relativa del ítem drogas ilícitas sobre la salud de la población es muy menor. Así queda demostrado en el estudio de carga de enfermedad (Ministerio de Salud, 2008), cuyo objetivo ha sido “[e]stimar la carga de enfermedad para Chile usando como indicador los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) por muerte prematura (AVPM) y los años vividos con discapacidad (AVD)”<sup>3</sup> (6) que atribuye una carga responsable a los factores de riesgo alcohol, tabaco y drogas ilícitas de: 9,7; 9,5 y 0 % respectivamente, siendo el total de casos de muertes atribuibles de 8366 (alcohol); 8156 (tabaco) y 10 (drogas ilícitas).

El mismo estudio destaca que “[u]na de cada 10 muertes en Chile es directamente atribuible al consumo de alcohol” (13). Y además, en el mismo estudio se señala que “[u]na de cada 11 muertes en Chile es directamente atribuible al tabaquismo directo (dato subestimado, sin contar el efecto del fumador pasivo)” (13).

- 3 En este estudio se asoció el uso de alcohol a cáncer de boca y orofaringe, cáncer de esófago, cáncer hepático, cáncer de mama, diabetes, epilepsia, hipertensión, enf. cerebrovascular, cirrosis hepática, tx. asociados al alcohol, enf. isquémica del corazón, lesiones y violencia, otros cánceres, depresión, otras cardiovasculares y consecuencias sociales. El uso de drogas ilícitas se ha asociado a suicidio, violencia y accidentes. El uso de tabaco se asoció a enf. isquémica del corazón, enf. cerebrovascular, otras cardiovasculares, EPOC, otras respiratorias, otras causas médicas en >30, cáncer de boca y orofaringe, cáncer gástrico, cáncer hepático, cáncer de páncreas y esófago, cáncer de traquea-bronquios-pulmón, cáncer cervicouterino, cáncer de vejiga, leucemia mieloide, lesiones por fuego, daños maternos y perinatales.

Es decir, la carga de enfermedad está en drogas lícitas, alcohol y tabaco y la morbimortalidad debida a drogas ilícitas es bastante menor<sup>4</sup>.

Los daños reales asociados a drogas deben orientar la política preventiva desde estas cifras. Se deberían priorizar recursos preventivos en aquellas drogas que producen mayor daño, es decir, alcohol y tabaco, que como ya se ha dicho, se ha avanzado en nuestro país con resultados auspiciosos.

Los consultantes en la urgencia por drogas también acuden por alcohol. Así lo muestra un estudio de prevalencia de drogas en 575 consultantes en servicios de urgencia ha referido que “el 12% arrojó positivo para alcohol y el 20,9% para benzodiazepinas. La prevalencia del marihuana, cocaína, anfetaminas y opiáceos fue de 7,5%, 8,5%, 3,0% y 1,0%, respectivamente” (5). La principal conclusión del mismo ha sido que las prevalencias de consumo en consultantes de la urgencia están en benzodiazepinas, alcohol y cocaína.

Hoy día, benzodiazepinas y alcohol dos drogas legales casi invisibilizadas en el relato preventivo del SENDA, que se esfuerza por demostrar los perjuicios del consumo de marihuana.

## *1.2 Otros aspectos a explicar del consumo de drogas*

Los estudios epidemiológicos intentan explicar los fenómenos mórbidos poblacionales.

A continuación se revisan algunos estudios que exploran diversas aristas del consumo de drogas para contrastar sus lógicas internas con lo planteado desde la concepción social del origen

4 Además refiere que el consumo de alcohol es la tercera causa específica de AVISA y es la mayor carga atribuible de AVISA y el factor que explica la mayor cantidad de años de vida perdidos en Chile.

de lo mórbido, es decir, de los planteamientos de los determinantes sociales de la salud, modelo en el que básicamente es de mayor importancia el factor social que el biológico.

Hemos recogido algunos estudios publicados durante la última década en Chile, que han intentado establecer perfiles de consumidores de drogas ilícitas y más aún, un modelo explicativo del consumo problemático de drogas. Un modelo basado en riesgo de transformarse en consumidor problemático que no necesariamente da cuenta de lo social que forma parte del sujeto. Un modelo probabilístico matemático. Veamos.

El estudio de Duvicq, Pereira y Carvalho de 2004 pretende encontrar factores de riesgo de consumo de drogas, aplicado a una muestra de población escolar (n= 301) de la comuna de Chiguayante, en la VIII región del país, concluye que “[l]a edad de inicio en el consumo de drogas lícitas se presentó sobre el 60% de los casos entre los 8 y 11 años” (350). Además, el 45% de los encuestados consume drogas ilícitas. Asimismo concluye que existen preferentemente consumidores de drogas ilícitas y que todos están sometidos a factores de riesgo. Estos factores de riesgo se refieren a síntomas de la esfera emocional, e.g tristeza, pensamiento fijo, porfía y llanto (349)<sup>5</sup>.

5 Se dice en este estudio: La literatura científica reconoce factores de riesgo psicosociales que afectan a los adolescentes entre los que destacan el ambiente familiar, la influencia de los pares, las destrezas sociales y las características de personalidad (5). Ellos determinan o aumentan la posibilidad del consumo de drogas, pero existen otros que reducen la posibilidad del consumo, conocidos como factores protectores, situados en los ámbitos mencionados. La manera de cómo estos factores operen, no es constante ni estable, su interacción es dinámica y se modifica de manera interactiva durante el curso de la vida (9). Existen factores inductores como problemas de conducta o alteraciones mentales, y factores condicionantes como la curiosidad, la presión del grupo y la disponibilidad de drogas, entre otras, proporcionando condiciones para el consumo (346).

Esta sintomatología emocional estaría presente en los niños y de algún modo, predispondrían al desarrollo de un consumo problemático de drogas ilícitas.

En otro trabajo dirigido por el psiquiatra Rubén Alvarado acerca de factores de riesgo<sup>6</sup> asociados al consumo de drogas en 1.390 estudiantes de la región de Magallanes, se asume “que existen factores asociados al consumo de drogas así como otros que están relacionados con el no uso de estas” (Alvarado, Neves, Vidal 2003, 135) que interactuarían inextricablemente y cuya concentración relativa determinaría el riesgo o la protección al consumo. Este estudio evidenció una prevalencia de vida<sup>7</sup> de 15,4% para cualquier tipo de droga; 8,9% cuando el consumo es de solo una sustancia (siendo la más frecuente la marihuana).

En ese estudio fueron factores asociados al consumo: insatisfacción con el rendimiento escolar; insatisfacción con relación a sus profesores; haber pensado en abandonar el colegio; consumo de drogas del padre y madre; consumo de drogas en grupo de amigos; hábito tabáquico y consumo de alcohol; síntomas depresivo y ansiosos (en mujeres significativo); baja autoestima; baja percepción de apoyo por los padres; baja percepción de daño.

En el estudio de Rodríguez, Hernández y Fernández (2007), se caracteriza a la población consumidora de drogas lícitas e ilícitas según prevalencia de consumo intentando encontrar diferencias según género. Los resultados fueron un “92,3% de los jóvenes declaró consumir drogas lícitas (tabaco o alcohol), el consumo de tabaco alcanzó 78,9% y el consumo de alcohol

6 Este estudio los clasifica en individuales (historia familiar, vulnerabilidad genética, abuso, etc.), del entorno cercano (conflictos en la familia, separación de los padres, modelos familiares de consumo de drogas, etc.) y del ambiente social (deprivación social (sic) y pobreza, desorganización comunitaria, disponibilidad y acceso a drogas, etc.) (135).

7 Prevalencia de vida es la proporción de personas que han presentado la condición “enfermedad” en algún momento de su vida.

80,3% (...) el consumo de marihuana fue de 63,4%, cocaína 4,9% y éxtasis 2,1%” (451). Desde el punto de vista de género, este estudio mostró que el porcentaje de mujeres que consumían tabaco era significativamente mayor que el de hombres. Mientras que para alcohol no hubo diferencias de género y que para drogas ilícitas estas diferencias en tasas de consumo no fueron significativas entre hombres y mujeres. El riesgo es ser hombre, ser mujer.

Araneda y Cumsille, en 2003, describen el consumo de drogas en población escolar chilena entre octavo básico y cuarto medio, representando un total de 975.364 personas. El estudio señala que “el uso de drogas se concentra en la población más joven y nuestro país no es la excepción” (65). Se señala como núcleo figurativo del consumo la fragilidad, “una sensación subjetiva... ..originada en la falta de certezas, respaldo y falta de expectativas respecto a la existencia” (65). Otro factor que los autores mencionan es “la baja percepción de riesgo que los menores le atribuyen a las drogas” (65). Respecto a los resultados, indican que “[d]espués del alcohol y del cigarrillo, la marihuana sigue siendo la droga más usada por los escolares chilenos, con una prevalencia de último año o uso reciente de 12,86%” (67). Se observa que la cocaína y pasta base de cocaína son consumidas más por hombres que mujeres, mientras que cigarrillos y tranquilizantes son consumidos mayoritariamente por mujeres. Las tasas de consumo aumentan a medida que se asciende desde octavo básico a cuarto medio.

El mismo estudio revela que el consumo de alcohol es más alto en colegios particulares que en colegios públicos municipales, siendo inverso en pasta base e inhalables. Finalmente, se observa que la población consumidora de drogas se concentra entre los 14 y 34 años de edad (70). También plantea que “[l]a experimentación con drogas se convierte así en una vía de escape y una equivocada forma de aplacar la ansiedad y la angustia en el duelo de la pérdida de la infancia” (70). Se destacan en el estudio diferencias de género: las mujeres usan más benzodiazepinas y

cigarrillos, mientras que los hombres consumen más drogas en general, pero se distingue que respecto al alcohol no hay diferencias de género. Respecto a la tendencia de consumo en escolares, se señala que el uso de marihuana descendió entre 2001 y 2003, no obstante, respecto a la cocaína y la pasta base no presenta descensos.

Pese a reconocer que “el alcohol, tabaco y los tranquilizantes son las drogas de uso lícito de mayor consumo en Chile y mantienen una tendencia estable en el tiempo” (Ministerio del interior-CONACE, 2003, 9), no se les consideró parte del ámbito de acción de CONACE hasta el 2005.

Los aportes hasta aquí entregados por estos estudios y las cifras de consumo a su base (prevalencia de consumo) apuntan a la construcción de un modelo de riesgo de consumo problemático en el que existe una cierta probabilidad de transformarse en consumidor de riesgo, si existen algunas consideraciones como deserción escolar, edad, género, ocupación etc. Este modelo permite orientar la política pública en cuanto permite segmentar, gruesamente, al tipo de sujeto consumidor al que debiese apuntar un plan de prevención de consumo abusivo de drogas. Esto es explícito, una campaña orientada a prevenir el consumo abusivo de drogas ilícitas no es lo mismo que una campaña orientada a prevenir todo tipo de consumo de drogas ilícitas. Esto lo veremos con alguna mayor profundidad en el capítulo 2 de este texto.

### *1.3 La importancia de lo social*

Existe un modelo de explicación de la enfermedad complementario al modelo probabilístico, que sustenta teóricamente la ocurrencia de fenómenos de salud y enfermedad en la población (incluidas las diferencias perceptibles en las cifras de mortalidad)

Este modelo ha sido llamado “determinantes sociales del nivel de salud de una población” (OMS, 2005) y se basa

fundamentalmente en el concepto weberiano de posición de clase, que explica que la principal determinante de tal o cual enfermedad es la situación social de la persona en relación a los demás y las inequidades que resultan de ellas. Explica que las inequidades no solamente son desigualdades, como lo podría ser el color del cabello, sino que además son innecesarias e injustas.

El único estudio que pone de relieve aspectos sociales en Chile ha sido el de Marcos Muñoz (2013) que caracteriza el perfil de los consumidores de acuerdo a las estadísticas gubernamentales. En este se dice que “la dimensión más relevante de la caracterización fue la posición en la estructura social, donde los consumidores de drogas se distribuyen un continuum de integración y desintegración social” (78). En este estudio se diferencia entre tipos de consumidores, desde el consumidor “cesado” o detenido hasta el “policonsumo” habitual de cocaína, pasta base o marihuana. La conclusión que resalta, a partir de este trabajo, es que a mayor integración social del sujeto, menor consumo de drogas ilícitas.

Parece que nuestra política de drogas ha ignorado los contrastes explicitados más arriba. Nuestra política de drogas no solo parece desconocer el marco de los determinantes sociales, sino que aumenta las inequidades al focalizar la respuesta estatal organizada en torno a los fenómenos de consumo, en actos policíacos de detención y captura de pequeños traficantes vinculados a la compraventa de drogas ilícitas.

Una política estatal eficaz para resolver el problema del consumo de drogas, también debería orientarse a satisfacer las inequidades sociales que existen tras la etiqueta de la droga, como la diferencia en los ingresos económicos que nos tiene entre los países con mayores índices de inequidad del mundo, según el Banco Mundial (2013) de 0,50. Así el consumo de drogas debiese entenderse también en términos sociales como una diferencia injusta, evitable e innecesaria entre personas que

usan drogas ilícitas, que al mismo tiempo presentan una esfera de eventos sociales que afectan su vida: trabajo, vivienda y barrio, educación, etc.

## 2. Prevención y tratamiento

La institucionalidad de drogas de la República de Chile está diseñada sobre una matriz que ha enfrentado el consumo de sustancias ilícitas como un asunto de seguridad interior del Estado. Esto queda en evidencia al visualizar la dependencia administrativa del organismo estatal para las drogas (primero el CONACE; hoy día SENDA), que trabaja bajo la absoluta y única supervisión del Ministerio del Interior, el más poderoso de los ministerios de Chile, que gobierna bajo un régimen presidencialista casi monárquico.

Esto se explica debido a que la raíz del trabajo estatal del asunto drogas es un mero indicador de la seguridad interior del Estado y de su unidad básica, la familia<sup>8</sup>.

El presupuesto de SENDA del año 2015 ha sido aproximadamente de 93 millones de dólares, de los cuales un 4,6% va a prevención y un 66% a tratamiento. El 16% va a sueldos y bienes de consumo. El 14% restante son capacitación y transferencias a otras instituciones y programas como el “Previene” (Dirección de presupuestos, 2014).

Bajo el primer gobierno de Michelle Bachelet se trabajó en el marco de la Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2018 (Ministerio del Interior-CONACE, 2009). Fue un objetivo estratégico de

8 En efecto, durante el gobierno de Ricardo Lagos Escobar se promulga la actual ley de drogas. En su Estrategia Nacional sobre drogas 2003-2008 se especifica lo siguiente: “...las drogas... contienen un potencial desintegrador de la familia, de la convivencia social e incluso de las instituciones del Estado, lo cual nos obliga como país a enfrentarlo con firme y decidida voluntad”.

aquel gobierno, el reducir la demanda de drogas<sup>9</sup>. El principio de esto fue “fortalecer y potenciar la capacidad de las familias como principal agente protector del consumo de drogas y alcohol” (26). También es un propósito estratégico la reducción de la oferta, cuyo componente enunciado en primer término es “[i]mpedir el ingreso y evitar la utilización de nuestro territorio como ruta de tránsito” (36). Como ya se ha mencionado, también se enfatizó la necesidad de fortalecer la institucionalidad (40) planteándose el establecer un órgano colegiado que fuese capaz de desarrollar la política pública, descentralizando el CONACE, transformándolo en el SENDA.

Durante el gobierno de Sebastián Piñera el marco lo dio la “Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014” (Ministerio del Interior-CONACE, 2011), que planteaba algunos criterios orientadores (21) que problematizaban, junto a las causas del fenómeno, la visión que sobre él mismo se arroja: enfoque integral; corresponsabilidad nacional e internacional en la reducción de la demanda de drogas y alcohol; derechos humanos, libertades y necesidad de seguridad pública; grupos con necesidades especiales y diversidad cultural; y diseño de políticas y programas basados en la mejor evidencia disponible y con evaluación continua. Los mismos permiten un aterrizaje de la evaluación científica sobre las políticas de drogas: “[s]e promoverá el desarrollo de un sistema de evaluación continua que permitirá en conjunto con consideraciones de costo, eficacia, y eficiencia, orientar y desarrollar las futuras intervenciones” (21).

De esta manera el Ministerio del Interior se ha hecho cargo del fenómeno de consumo de drogas ilícitas<sup>10</sup> desarrollando una

9 Cuyo fin ha sido: “Evitar el consumo, reducir el abuso y disminuir la disponibilidad de drogas y las consecuencias negativas asociadas a tales fenómenos en el país en el lapso del decenio 2009–2018 (Ministerio del Interior- CONACE, 2009).

10 Incluyendo desde 2005 el alcohol, primero desde el CONACE y hoy desde el Servicio Nacional de Drogas y Alcoholes, SENDA.

evaluación en la importancia de los fenómenos de consumo, que parten desde una preocupación por contener aspectos sociales de importancia para la gobernabilidad del país, como: familia, deporte, ocio y educación, entre otros factores protectores por un lado, y delincuencia, delito y crimen, deserción escolar y complejidades familiares que ponen en riesgo a las personas y en definitiva al Estado, por el otro.

### 2.1 Campañas de prevención

Múltiples campañas de prevención han sido desarrolladas desde 1994 a la fecha, fundamentalmente durante el verano. Algunos de los estudios revisados para este capítulo (Catalán 1997), (González et al 1999), (Hernández 2005) las han comentado y analizado. Estos han bosquejado la subjetividad estatal al momento de levantar mensajes para prevenir el consumo de drogas.

En una investigación de mi autoría se realizó un estudio cualitativo en estudiantes universitarios<sup>11</sup> (Sánchez 2005), evidenciando que las campañas de prevención desarrolladas por el CONACE eran percibidas como eficaces, y que las principales recomendaciones para construir campañas que fuesen efectivas era el uso de imágenes explícitas y frases significativas (125-126) de este tipo: “Alguien que está al borde de la locura porque no puede consumir drogas y lo necesita; el cerebro de una persona que consume cocaína y alguien tirado en la calle o en una clínica con sobredosis” (125-126) y “Te entendemos; Comprendemos por qué llegaste a eso; Yo estuve en la droga y tuve esta cosa, por eso no lo hago más” (126). Además, adentrándose en el simbolismo de las drogas, detectó que “[1]



11 Se hizo en esa población, dado que la población de entre 19 y 25 años era la que presentaba mayor prevalencia de consumo.

as drogas ilegales son totalmente accesibles para estos jóvenes” (126). Otros hallazgos de aquél estudio fueron la necesidad de entregar información verídica respecto a drogas: que el consumo de drogas siempre va a existir al igual que los consumidores, creen que la mayoría de ellos fuma marihuana, etc.



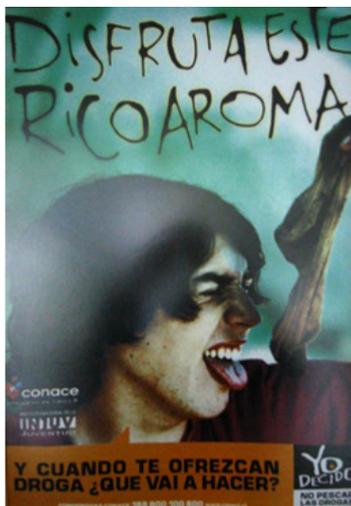
Campaña “CONVERSEMOS” (CONACE, 2000)

La idea de que el discurso del gobierno apuntaba fuera del foco sanitario no es nueva. En un estudio del programa Cono Sur, realizado entre la Universidad Diego Portales y la Comisión de la Comunidades Europeas, Group IGIA y el programa “La Caleta” en 1997, se concluye que para el gobierno “la droga es caracterizada (...) como un elemento (...) externo, de connotaciones trágicas (...) que invade al sujeto que la consume, llevándole a la degradación o a la muerte, y amenazando la convivencia nacional” (Catalán 1998, 80-81).

Para el mismo estudio, prevenir es una de las formas eficaces de enfrentar el consumo de drogas (...) entendiendo por esta un esfuerzo educativo y publicitario orientado fundamentalmente a la entrega de información acerca de las drogas, y a estimular el deporte en determinados grupos etarios definidos como de alto riesgo (81).

Sin embargo, las campañas comunicacionales para prevenir el consumo de drogas del Estado no han logrado alcanzar estándares educativos que permitan aprovecharlas como un medio para entregar información y así prevenir riesgos, sino que han tenido un carácter caricaturesco y moralizador. Quizá esto sea consecuencia de la forma de visualizar al consumidor de drogas, como alguien que carece de retorno, sumido en el abismo de la “caída en las drogas” o en términos psiquiátricos, un enfermo irrecuperable, una víctima de la drogas, como bien aparece explicitado en el párrafo introductorio de la Convención Única de Drogas de 1961, cuando se llama a los países a combatir el *mal* de las drogas, porque ellas podían, de acuerdo a la subjetividad del momento y lugar, tomar y poseer a la ciudadanía tan solo con consumirlas una vez, por curiosidad, por experimentar. Pareciera que son un peligro desconocido y que el Estado debe proteger a la gente. El espíritu moralista de la política parece remontarse a aquellos años, en un EE.UU. de la Guerra Fría, con todas las implicancias geopolíticas que ello supone.

Un ejemplo magistral de lo que aquí señalamos, autoexplicativo por lo explícito, se encuentra en la siguiente imagen:



Campaña “DISFRUTA ESTE RICO AROMA” (CONACE, 2002)

Al respecto, aquí importa señalar un estudio cualitativo sobre representaciones sociales de estudiantes universitarios de Santiago, que apunta respecto a los mensajes de esas campañas:

Los enunciados parecen constituirse a partir de juicios acerca de lo que las drogas y el consumidor es, etiquetándolos como fenómenos patológicos. Se niega así cualquier perspectiva sociológica o antropológica que entregue otra perspectiva que, más que estigmatizar integre a los sujetos en estrategias de prevención (Hernández 2005, 20).

Otro análisis (González et al 1999) realiza una crítica implícita a las campañas, que han considerado al consumidor de sustancias psicoactivas ilegales un enfermo irrecuperable, un drogadicto, por tanto, no rehabilitable.

Un estudio cualitativo realizado por mí en el que se les pide a los sujetos de investigación que analicen piezas comunicacionales preventivas del gobierno y privados, descubre que las campañas realizadas hasta ahora para la prevención del consumo de drogas ilícitas no tienen llegada entre los jóvenes, pues no se identifican con los mensajes ahí planteados, ni con las imágenes o temáticas. Este estudio concluye que las campañas se ven lejanas y no están bien enfocadas para la población que se pretende prevenir (Sánchez 2004).

Este hallazgo coincide con el resultado del estudio del Instituto Nacional de la Juventud de 2014, en el que se indica que la mayoría de los encuestados piensa que el Estado ha trabajado muy mal o mal en la prevención de la pasta base, la cocaína y la marihuana (INJUV, 2014, 9). Hay por tanto una baja percepción de eficacia de las campañas de prevención de drogas, también ha sido descrito efecto boomerang que favorece que el efecto indeseado se produzca, es decir, facilita el consumo (Sánchez 2004).

Muchas veces parece que estas campañas estuviesen dirigidas a niños. Es que la racionalidad del Estado parece estar prescribiendo normas de conducta (“no consumas drogas”) a un grupo

de niños. Actitud paternalista que se podría definir como de advertencia y castigo.

### 2.1.1 Los mensajes preventivos: revelación de la lógica del tomador de decisiones

Los mensajes de prevención aportan poca información para quienes están enfrentados a la decisión de consumo de drogas. Esto se debe a que la construcción del mensaje no ha sido sustentada en evidencia científica de los daños que las drogas producen en realidad. En las campañas estatales se insiste en hablar de “Droga” sin diferenciar entre los diferentes tipos de ellas y sus disímiles efectos. Una campaña de prevención debiese segmentar no solamente por tipo de consumidor, sino de acuerdo al tipo de droga, pues no es lo mismo consumir marihuana que ácido lisérgico (LSD) u hongos psilocibios.

La política preventiva ha sido diseñada desde la lógica de la seguridad interior del Estado, dando como resultado piezas comunicacionales cuyos lemas emblemáticos serán presentados a continuación, sugiriendo algunas interpretaciones con la idea de arrojar luz sobre las lógicas internas de la construcción del mensaje preventivo por parte del Estado.

“Drogas: basura compadre” (CONACE, 1994); “¡Soy Bacán...yo no le hago!” (CONACE, 1996). En estos dos enunciados se aprecia un esfuerzo por cautivar audiencias usando un lenguaje “juvenil” y al mismo tiempo ya se señala a quién se tiene en mente cuando se habla de consumo de drogas. “Ser jóvenes... sin drogas más libres” (CONACE, 1997); “Juégatela por tus amigos... Sin Drogas más Libres” (CONACE, 1998), hacen referencia a la creencia de que los jóvenes consumen por la presión de sus amigos/pares a consumir, todas ellas además dirigidas solamente a jóvenes, lo que supone que solo ellos son sujetos de prevención, pero ¿esto será porque los “adultos” no consumen? o ¿porque los adultos que consumen, no tienen remedio?

Una de las más paradigmáticas para visualizar al sujeto de prevención que está en la mira del Estado es la campaña de 2008: “Vuelve a ser inteligente. No fumes Marihuana” (CONACE, 2008), en la que se nos dice explícitamente que quién fuma marihuana es una persona no inteligente, por tanto un tonto/a.

Bajo el gobierno de Sebastián Piñera, cambia un tono la visión preventiva: “Un niño que consume drogas, consume su infancia” (SENDA, 2010), “El impacto dura toda la vida” (SENDA, 2011); mensajes que enfatizan en visualizar el consumo de drogas como una enfermedad terminal, que consume la vida de quien las consume.

Podríamos enumerar más ejemplos pero llegaríamos a la misma idea: no es el criterio sanitario el que se usa para diseñar estos mensajes preventivos, sino una serie de ideas pre concebidas de lo que las drogas son, los males de las que se les culpa (delincuencia, destrucción familiar y por lo tanto social).

Todos estos fueron los mensajes diseñados para población joven, foco de la prevención estatal, que hacen parecer que solo los jóvenes consumen y/o pueden ser rescatados, y que el consumo de drogas es muy grave, de la cual solo los jóvenes podrían ser rehabilitados. No se realizaron campañas de prevención de drogas ilícitas dirigidas a otro público que el juvenil.

Lo anterior es una arraigada idea del discurso prohibicionista, que ha sido extraída de la criminología, que aporta construyendo un sujeto de prevención que es portador en sí mismo del mal, al tiempo que un enfermo terminal y simultáneamente un interdicto. La idea proviene, del psiquiatra italiano Cesare Lombroso (1895), quién, a fines del siglo XIX, instaló la idea del criminal nato que podía ser un violador, epiléptico, asesino o un extranjero indistintamente y obviamente con tendencia a los vicios morales, tatuajes y drogas.

### 2.1.2 Estigmatización del consumidor

Las campañas también han sido portadoras de un mensaje estigmatizador contra quienes consumen, lo que ha favorecido el funcionamiento de “chivo expiatorio” (Girard 1986) sobre la persona que consume sustancias psicoactivas ilegales en nuestra población (Sánchez 2004, 98).

En el estudio de Ricardo Sánchez (2005) que analiza los discursos parlamentarios que están a la base de la discusión de la Ley de Drogas entre los años 1992 a 1994, señala que las campañas de prevención escogidas por el Estado son del tipo prescriptivo porque

...se enfocan en la realización de grandes campañas, en las que se socializa un mensaje desde el centro a la periferia, del tipo “no a la droga”, los modelos participativos propenden a que la comunidad se reúna y defina criterios y elija acciones para disminuir las dificultades que evalúen pudieran estar asociadas al tema (157).

Este tipo de modelo funciona con argumentos que nacen de la burocracia institucional “...donde los especialistas saben lo que hay que hacer y hacen las distinciones entre bueno y malo...” (157). Añade que se conceptualiza la prevención a nivel cognitivo como información: “pensando en que quien conoce los daños, los evita. Prevención = educación = información sobre las consecuencias del consumo” (158).

En conclusión, los estudios anteriores señalados contribuyen a afirmar la tesis de que la estrategia de prevención escogida por el Estado ha sido paternalista, asumiendo que las personas consumen drogas debido a que “no saben que hacen mal” y que uno de los principales grupos de riesgo, definidos por los estudios de todas las fuentes, los jóvenes de 19 a 25 años, descartan los mensajes preventivos oficiales por encontrarlos inadecuados e ineficaces. Además detectan el efecto boomerang, en el que los mensajes no solo no previenen, sino que favorecen el consumo,

al provocar rabia en el sujeto de prevención, por sentirse estigmatizado e infantilizado.

## 2.2 *El modelo de tratamiento*

El modelo de tratamiento ha sido implementado en una red de establecimientos de atención secundaria denominados COSAM<sup>12</sup>, que pretende articular la respuesta social –del Estado– en la comunidad donde el consumidor problemático reside. El modelo también actúa en corporaciones y organizaciones del mundo privado, con y sin fines de lucro, que actúan brindando oportunidades terapéuticas financiadas por el Ministerio del Interior a través de un mecanismo de pago que involucra a la institucionalidad SENDA-FONASA, de modo que el pagador, SENDA, utiliza al financista del sistema de salud, transfiriéndole aproximadamente un 66% de su presupuesto para pagar por programas de tratamiento, en un gesto político que manifestaría un reconocimiento al rol que el sector salud juega en la respuesta social organizada al fenómeno de consumo de drogas, pero que, sin embargo, está lejos de permitir algún tipo de influencia política en el diseño de los planes y programas preventivos.

Durante el año 2013 se establecieron Convenios con 269 centros de tratamiento, 177 públicos y 92 privados (SENDA, 2013).

La red de servicios de salud mental funciona con agentes prestadores de servicios privados: residenciales, centros diurnos, clubes de integración social, y grupos de autoayuda. De acuerdo al DEIS<sup>13</sup> existen en el país 79 COSAM (DEIS, 2014).

12 Centro Comunitario de Salud Mental Familiar.

13 Departamento de estadísticas e información de salud del Ministerio de Salud, República de Chile.

En el tratamiento de personas con consumo problemático de drogas y alcoholes son importantes la Comunidad Terapéutica (para pacientes con adicción severa a alcohol o drogas) y los grupos de Autoayuda. Las primeras pueden ser de internación 24 horas al día como tratamiento ambulatorio, de 09:00 a 16:00 horas. La internación puede durar meses, hasta lograr el alta terapéutica de acuerdo a algunas directrices emanadas del SENDA, e.g el modelo de tratamiento, el contrato terapéutico, la forma de gestionar los objetivos terapéuticos etc.

El marco conceptual de este programa toma como guía la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Existen tres tipos de programas, de acuerdo a su intensidad de uso en el tiempo:

1. Plan Ambulatorio Básico (M-PAB)
2. Plan Ambulatorio Intensivo (M-PAI)
3. Plan Residencial (M-PR)

El plan ambulatorio básico está orientado a la atención ambulatoria de pacientes con las siguientes características: “consumo problemático de drogas con compromiso biopsicosocial leve a moderado. Los centros para su implementación son COSAM, APS, ONGs, fundaciones, sociedades profesionales u otros” (SENDA, 2012). El plan ambulatorio intensivo está dirigido a personas con compromiso biopsicosocial moderado a severo. Por último, el Plan Residencial se enfoca en quienes presentan compromiso biopsicosocial severo: “múltiples tratamientos previos, consumo en miembros de la familia, red de apoyo familiar y social inexistente o con gran deterioro, con trastorno psiquiátrico severo compensado y una percepción de autoeficacia disminuida o ausente” (SENDA, 2012, 7).

Es decir, la institucionalidad estatal reconoce el modelo de riesgos que ha sido esbozado por la epidemiología, y que hemos

delineado en el primer apartado de este texto, donde existe cierto riesgo de consumo basado en un equilibrio entre factores protectores y de riesgo, que determinan un valor de riesgo de consumo para cada persona.

### 2.2.1 Un problema de agencia

Sin embargo, existe un problema de agencia con la gestión de estos programas. El centro de tratamiento se comportaría como agente del pagador o mandante, que es el SENDA.

El centro de tratamiento de pacientes con drogas, está bajo el alero técnico del Ministerio de Salud, pero es evaluado de acuerdo a normas del SENDA, en una modalidad de visita técnica, en la que una evaluadora del mismo SENDA acude a los establecimientos en convenio a chequear el cumplimiento de metas y asimismo gestionar las demandas de los equipos de salud. Finalmente esto redundaría en cumplir con las metas y supuestos del financista, pero en la práctica clínica muchas veces se opta por trabajar pragmáticamente con el modelo de reducción de daños, pese a la dirección política del SENDA que es abstencionista para casi todos los casos. En la práctica, se aplica muchas veces el modelo de reducción de riesgo e incluso se esbozan terapias de “sustitución” de estimulantes como la pasta base, por cannabis. Aunque no es propiamente tal una terapia de sustitución, muchos equipos de este tipo de programas observan e incluso educan a los pacientes que acuden en busca de soluciones a sus conductas de consumo problemáticas.

En conclusión, el centro de tratamiento atiende personas bajo sus lógicas internas y el SENDA no tiene manera de asegurar la dirección política que desea imprimir a esos programas, más allá de una lista de chequeo que se responde una vez al mes y que condiciona el pago de incentivos financieros al centro de salud una vez al año.

### 2.2.2 El sujeto de tratamiento en los programas del Estado

El año 2013 el SENDA atendió 14.653 casos de los cuales el 60,8% correspondió a consumidores de cocaína y pasta base y el 30% alcohol (SENDA, 2013). La mayor parte de ellos son hombres (70%) de entre 30 a 39 años de edad. EL 43% de ellos, con trastorno psiquiátrico de base confirmado y 24% con posible diagnóstico en estudio. El 50% egresan con logro mínimo.

El SENDA contempla cinco programas de tratamiento orientados a población adulta (mayores de 20 años): mujeres, población penal, población en situación de calle y adolescentes infractores de ley (SENDA, 2014).

SENDA considera a estas personas dentro del “grupo de mayor riesgo identificables (sic) entre las personas que acuden a los establecimientos de salud primaria” (MINSAL, 2014). En este modelo la incorporación de la familia es importante, así como de la red asistencial no psiquiátrica (MINSAL, 2014).

El programa del adolescente infractor de ley, cuenta con la siguiente descripción de beneficiario:

1. Adolescentes a los cuales se les haya aplicado por el juez como sanción accesoria, el someterse a tratamiento por consumo problemático de alcohol u otras drogas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley N° 20.084, sujetos a sanciones penales, ya sean estas privativas de libertad o no.
2. Adolescentes, que de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 13, 14, 16 y 17 de la mencionada Ley, requieran ser sometidos a tratamiento de rehabilitación y accedan voluntariamente a ello.
3. Adolescentes imputados con medida cautelar, en medio privativo de libertad o medio libre, que requieran ser sometidos a tratamiento de rehabilitación y accedan voluntariamente a ello.

4. Adolescentes imputados con los cuales se haya acordado como condición de la suspensión condicional del procedimiento, el someterse a tratamiento (SENDA, 2014).

El programa de tratamiento para mujeres, está orientado a mujeres mayores de 20 años, con o sin hijos y/o embarazadas y que presentan un consumo problemático de alcohol y drogas quienes reciben una atención con “enfoque de género” (SENDA, 2014).

Un estudio del SENDA respecto a la tipología de la mujer usuaria de servicios de tratamiento de consumo problemático de drogas (SENDA, 2012), revela que está orientado a mayores de 18 años, con o sin comorbilidad psiquiátrica, embarazadas o no con incorporación o no de hijos menores de 5 años en los programas.

En el estudio mencionado, se señala que las mujeres beneficiarias tienen entre 24 y 40 años, con educación media completa e incompleta, mientras que el 45,5% de las usuarias se encontraba cesante al momento de ingresar a tratamiento y la mayoría son solteras con 55,5%. La mayoría presenta 2 o más hijos al momento del ingreso. Asimismo, se señala que la co-ocurrencia de problemas de salud mental en esta población es de aproximadamente 70% (5). Los principales trastornos psiquiátricos detectados en ellas, como co-patología o patología sincrónica son trastornos de personalidad y del comportamiento y trastornos afectivos. También existe un alto porcentaje de afectadas por violencia intrafamiliar y la mayoría de ellas presentan un compromiso biopsicosocial severo.

Respecto al “patrón de consumo”, se indica que la pasta base es la sustancia principal al ingreso a tratamiento, mientras que el alcohol presenta el porcentaje más alto como droga secundaria. La caracterización continúa, presentando un 86% de mujeres que ingresan con diagnóstico de dependencia, mientras que el 14% lo hace con el de consumo perjudicial.

El programa de tratamiento para población adulta “está dirigido a personas mayores de 20 años que sean beneficiarios de FONASA” (SENDA, 2014), mientras que el programa para población en situación de calle, incluye a “Personas Adultas consumidoras problemáticas de drogas, en situación de calle pertenecientes al Programa Calle del Ministerio de Desarrollo Social” (7)<sup>14</sup>.

Los beneficiarios del programa para adultos con problemas con la Justicia corresponden a

Internos e internas de 11 centros de tratamiento de adicciones ambulatorios y residenciales instalados al interior de 9 unidades penales de ocho regiones del país (Arica, Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso, Maule, Bío-Bío, Araucanía y Metropolitana) y Penados que cumplen condena en el medio libre en Centros de Reinserción Social de las ciudades de Antofagasta y Santiago (SENDA, 2014)<sup>15</sup>.

En resumen, se trata de un sujeto proveniente de la marginalidad, un delincuente en dos de los cinco programas, una persona que vive en la calle en un tercer programa de tratamiento. En cuanto a su capacidad de pago, se trata de personas pertenecientes a FONASA, con poca capacidad de pago, y/o mujeres a las que se les aplica el enfoque de género.

Más generalmente, se trata en esta suerte de decodificación de una representación oficial del sujeto de prevención de consumo, de un enfermo psiquiátrico, conduciendo por intrincados caminos epistemológicos internos que se expresarán en frases como “échate ají en los ojos” o “huele este rico aroma”. Todo esto, dejando de lado las drogas legalizadas, cuyo consumo no

14 En <http://goo.gl/EVcfNG> acceso el 17.12.14

15 En <http://goo.gl/rjzePd> acceso el 17.12.14

solo se permite, sino que su consumo excesivo se deja sin respuesta sanitaria permanente, sobretudo de alcoholes, aunque estos últimos cinco años se han introducido, desde la lógica de la prevención, piezas comunicacionales dirigidas hacia un menor consumo de alcoholes.

### *2.3 Un cambio en la mirada del Estado: INJUV*

El Instituto Nacional de la Juventud ha realizado una investigación social (INJUV, 2014) en la población juvenil que describe la percepción de daño de las drogas pasta base, cocaína y alcohol, las que aparecen muy altas, con porcentajes de 97%, 94% y 83% respectivamente. Mientras que la marihuana es percibida como la que produce menor daño, con un 32%. El mismo estudio muestra que el 60% de los jóvenes piensa que el alcohol es una droga que produce poco daño.

El estudio señala que dos tercios de los encuestados creen que “[l]as y los jóvenes de menores recursos presentan mayor consumo de drogas” (10), situación que el propio estudio reconoce como carente de fundamentos. Sin embargo, existe ahí, como imagen real, con consecuencias para la política pública, pues permanentemente se señala por parte de los actores políticos (sociedades médicas, gobierno, y gremios de médicos) el peligro que significa que jóvenes y niños se puedan enfrentar al consumo de drogas, con el reconocido daño que esto supone para sus sistemas nerviosos centrales aún en formación.

Respecto a las opciones de regulación del consumo de marihuana, el 44% de los entrevistados aprueba el autocultivo, el 33% la legalización sin restricción y el 19% está a favor de prohibir cualquier forma de consumo (INJUV, 2014). El 63% está de acuerdo con “la despenalización de la marihuana” (10).

El 81% de las personas entrevistadas señalaron que hoy es más fácil conseguir marihuana que hace 10 años (12), y la mayoría no

crea en la veracidad de la hipótesis de la escalada del consumo de drogas (12).

### 3. Comentario a la situación chilena desde la racionalidad sanitaria

En Chile, se ha elegido prevenir el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas mayoritariamente mediante políticas de tipo abstencionista, propias del siglo XX occidental. Aunque permiten el consumo, prohíben todo otro acto preparatorio para el consumo: posesión, cultivo, comercialización y porte de cualquier sustancia psicoactiva ilegal, estableciendo una diferenciación entre estas y alcoholes y tabacos, que gozan de restricciones menores en comparación a las primeras.

Quizás sea porque alcoholes y tabacos han sido drogas legales de la civilización occidental, cuyos principales flujos financieros desembocan en países desarrollados, exactamente al revés de lo que ocurriría con los mercados de las drogas ilícitas si se regularan.

Según cifras de la Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito (CONASET, 2014), el año 2013 fallecieron 1.623 personas en accidentes automovilísticos, de los cuales 14,2% son atribuidos directamente al consumo de alcohol.

Por lo anterior, podemos mencionar que no existe una voluntad sanitaria a la base de las definiciones en política de drogas, si así fuese, el alcohol y el tabaco deberían ser los principales objetivos de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con consumo problemático de drogas.

### 3.1 Una hipótesis larvada en los sesentas

En 1968, Chile adopta oficialmente las disposiciones de la Convención Única de Estupefacientes de la Naciones Unidas (1961) a través del Decreto N° 35 del 16 de mayo de 1968.

Durante el gobierno de Salvador Allende, se aprueba la Ley N° 17.934 intitulada “Reprime el tráfico de estupefacientes” (sic) diseñada explícitamente como un texto represivo, cuyo reglamento se encuentra en el decreto N° 535 del 11 de julio de 1973.

Después del Golpe de Estado, y antes de cumplir el primer año en el poder, Pinochet ordenó realizar en el monumental edificio Diego Portales (actualmente el Centro Cultural Gabriela Mistral) la “Primera Jornada Sobre Juventud”, entre los días 8 y 10 de agosto de 1974. No haré un análisis exhaustivo de dicha jornada, publicada íntegramente bajo el título de “Juventud y drogas” (Secretaría Nacional de la Juventud, 1974). La invitación es a fijarse en la estructura organizacional de las mismas.

Organizadas por el profesor de derecho penal y criminología Jaime Náquira<sup>16</sup> y el consejero de la Secretaría Nacional de la Juventud, Gerardo Monckeberg, en estas jornadas participaron psiquiatras como Hernán Montenegro, Rafael Parada, Rafael Torres Orrego, Gustavo Murillo; psicólogos como Hernán Berwart, Alexander Kalawski y Liana Ortíz; abogados como Manuel

16 En el texto que inaugura las jornadas, de Jaime Náquira, aparece inusitadamente un estudio (Armendáriz et al, 1974), tesis de grado de Licenciadas en Psicología que plantea una visión crítica de los estudios que dan cuenta de los efectos de la marihuana (Roa; Gomberoff; Florenzano, etc.), básicamente señalando falencias en las metodologías aplicadas que incluyen sesgo de selección, problemas de instrumento de medición y “aseveraciones de tipo inferencial hechas falsamente en estudios prospectivos o retrospectivos sobre los efectos de la marihuana” (Secretaría Nacional de la Juventud, 1974, 10) sugieren aplicar nuevos enfoques como el doble ciego; aumentar el tamaño muestral y aunar criterios conceptuales para definir las categorías de estudio (8-10).

Guzmán, Antonio Bascuñán, Miguel Schweitzer y Miguel Alex Schweitzer; educadores como Leonel Calcagni, Rafael Hernández, Josefina Aragonese; el terapeuta ocupacional Gaspar Mistrelte; Teólogos como Eugenio Zúñiga y Fernando Cifuentes. También representantes de Carabineros de Chile, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Educación Pública, el Consejo de Defensa del Estado, de la Dirección General de Investigaciones, de la Asociación Nacional de Magistrados y la Secretaría Nacional de la Juventud.

Esta iniciativa llama la atención por dos cosas. Primero, la fecha de su realización, a menos de un año del Golpe de Estado, lo que implica un alto interés de la junta militar por entender los temas *civiles*. Segundo, en su convocatoria contiene el germen de la estructura de lo que será, una vez reinaugurada la democracia en Chile, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE).

En 1985 la dictadura emite la Ley N° 18.403 que reemplaza a la ley obtenida bajo el gobierno de Allende. El 26 de enero de 1996 se promulgó en el diario oficial de Chile la Ley N° 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, que rigió durante casi una década hasta el advenimiento del actual marco jurídico.

Una vez acabada la dictadura en 1990, se institucionalizó un discurso público del Estado que demonizó el consumo, posesión, compra, venta y cultivo de cualquier sustancia psicoactiva ilegal, siguiendo la tendencia internacional precedente. Así, durante el gobierno de Patricio Aylwin, se creó el 21 de septiembre de 1990 una entidad gubernamental, el CONACE, mediante el Decreto N° 683, llamado como un comité de carácter interministerial asesor del Presidente de la República.

Este consejo estaba presidido por el Ministro del Interior e integrado por los siguientes ministros: Relaciones Exteriores, Defensa Nacional, Hacienda, Justicia, Educación, Secretaría General de Gobierno y Salud, además de un representante del

Ejército, Carabineros, Armada y Fuerza Aérea, por el Director de la Policía de Investigaciones y por el Subsecretario del Interior. Se observa que dentro de la variopinta composición del consejo, se encuentran posicionadas instituciones encargadas de la seguridad interior –léase delincuencia– y exterior del Estado, de asuntos financieros nacionales, del comercio y recaudación tributaria nacional e internacional y de beneficio social.

Justamente son estas, delincuencia, narcotráfico, seguridad interior, crimen, deserción escolar las principales aristas que han explicado el tratamiento comunicacional del fenómeno a nivel de los medios de comunicación masiva durante los últimos lustros, cuestiones que sencillamente representan los intereses del Estado chileno al momento de diseñar la política.

Podemos recurrir a una cita para dimensionar los alcances políticos de la manera de enfrentar el consumo de sustancias psicoactivas, releendo el objetivo del plan nacional contra las drogas de 1993, que se enuncia a continuación, para ejemplificar su espíritu:

desarrollar una acción sistemática, integral, coherente, concertada y de largo plazo, que posibilite la prevención del uso de sustancias y la reducción de su demanda, el control de la oferta, la disminución significativa del tráfico ilícito, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por la drogadicción, con el propósito de contribuir a elevar sostenidamente la calidad de vida a nivel individual, familiar y social (CONACE, 1993).

### 3.2 *La Ley N° 20.000*

Posteriormente, se promulgó La Ley N° 20.000, del 16 de febrero del año 2005, que presenta variadas formas de castigo a

quienes consuman sustancias psicoactivas ilícitas e incluye prácticas de escucha telefónica y cooperación eficaz<sup>17</sup>.

La ley reconoce usos médicos de las sustancias bajo control, al señalar, en el artículo 50 que: “Se entenderá justificado el uso, consumo, porte o tenencia de alguna de dichas sustancias para la atención de un tratamiento médico” (Ministerio del Interior, 2005).

En el programa de gobierno de Michelle Bachelet (2014-2018) aparece explícitamente el cambiar de lista a la *cannabis sativa*; la revisión de la Ley N° 20.000 y sus umbrales de tenencia y porte; el paso de las causas por infracción a la Ley N° 20.000 a juzgados de policía local y un mayor énfasis en prevención a nivel de población escolar.

La posibilidad de regresar la *cannabis sativa* a la lista 2, es decir, sustancias psicoactivas con potencial producción de dependencia que no causan grave daño a la salud pública traería aparejada una considerable disminución en la magnitud de las penas a quienes hayan sido condenados por Ley N° 20.000 por marihuana. Al momento de escribir estas líneas, la marihuana aún permanecía en lista 1 del decreto N° 867 de 2007 (Ministerio del Interior).

17 La ley 20.000 permite el consumo de sustancias psicoactivas ilegales, en lugar privado y no concertado. Sin embargo sanciona como delitos el cultivo, porte, tenencia, compra y venta de estas sustancias, transformando todos estos pasos preparatorios para un acto lícito, en obstáculos en los que caen quienes desean consumirlas. Esta contradicción entre consumo y abastecimiento, no es exclusiva de la ley chilena, encontrándose, por ejemplo, similares malos entendidos en la ley 23.737 de la República Argentina.

#### 4. La nueva escena y sus perspectivas futuras

La Política de control de drogas que ha primado en Chile y la región desde hace 50 años, está siendo cuestionada por diversos sectores sociales, desde grupos de usuarios de marihuana terapéutica hasta senadores de la República (Rossi, Lagos y Letelier), pasando por activistas pro despenalización del consumo y cultivo, grupos médicos, organizaciones de expertos, la Cámara de Diputados y por supuesto el gobierno, tanto a través del Ministerio del Interior-SENDA, Ministerio de Salud e incluso la propia Presidenta de la República. Todos han aportado en tal discusión, que ha tomado formas impensadas apenas hace un año.

El año 2012 se presentó un proyecto para regular el cultivo de cannabis para consumo recreacional, patrocinado por los senadores socialistas Rossi y Lagos Weber, escrito en colaboración con el *think tank* Asuntos del Sur.

La Cámara de Diputados, desde el 2012, ha discutido acerca de cannabis terapéutica, primero a través de su Comisión Especial de la Juventud, organizando foros con diversos expertos provenientes del Colegio Médico, del SENDA, la Corporación La Esperanza entre otros.

Como respuesta a la iniciativa reformista, algunos grupos conservadores reaccionaron. Los senadores Orpis y Chahuán propusieron en julio de 2012 un test de drogas para nuestros legisladores (*La Segunda*, 2012).

La sociedad civil organizada en torno al tema se ha manifestado ya durante 10 años en las marchas, por Santiago y también por todo el país, con “Amigos del Cannabis”, nombre que reúne organizaciones que se ha instalado en diferentes ciudades, reuniendo personas bajo las consignas de “no más presos por plantar” y “cultiva tus derechos”, apelando a los derechos civiles. Plantean despenalización de autocultivo y se movilizan en

las calles e.g MOVIMENTAL<sup>18</sup> y asociaciones de usuarios de cannabis terapéutica, como Cultiva Medicina, Mamá Cultiva y Mama West. La marcha de mayo de 2014, organizada por estas agrupaciones, movilizó a más de 50.000 personas en las calles de Santiago, según datos de Carabineros de Chile, quizá subestimando la cantidad de personas presentes, pues los organizadores hablaron de más de 150.000 personas.

Ese mismo año se presentaron un par de proyectos de ley de sendas bancadas diferentes, en la Cámara de Diputados para regular el (auto)cultivo de marihuana, es decir, para consumo personal y regular el consumo de cannabis medicinal. Las bancadas que han presentado los proyectos son Amplitud (liberal) y la Democracia Cristiana. Asimismo, un proyecto del diputado Robles (Partido Radical), otro de la bancada de senadores del Partido Socialista, liderado por la senadora Isabel Allende, obligan a medir las fuerzas para oponerse y favorecer el cambio en la política de drogas. Para los senadores, que han presentado una moción para modificar la Ley N° 20.000, se hace necesario establecer explícitamente que

No será constitutivo de delito, el auto cultivo, cosecha, porte y/o consumo de plantas vegetales del género cannabis, cuando sea estrictamente a escala individual, no pudiendo exceder de las tres plantas florecidas por inmueble, y tengan como fin el consumo personal, ya sea por razones de carácter espiritual, de libertad personal o por razones terapéuticas (Senado de la República, 2014).

La Ley N° 20.000 de 2005 ha dejado en el aire, en un tenso suspenso, las normas que establecen el acceso a los usos terapéuticos

18 MOVIMENTAL es una organización autónoma y autogestionada que reúne a personas -usuarias y no usuarias de sustancias-, y a organizaciones que trabajamos por la generación de políticas de drogas democráticas, justas y eficientes" dice en su sitio en Facebook <http://goo.gl/3gN8SP> acceso el 7.1.15

de las sustancias de la lista I de tal convención<sup>19</sup>. Hay que entender que las convenciones permiten el uso medicinal de estas sustancias, y la Ley de Drogas lo recoge de esa manera, pero al mismo tiempo, no dispone de ningún mecanismo para permitir el acceso a las mismas.

Esto, porque la Convención Única de Estupefacientes de 1961 establece que el uso de estupefacientes es indispensable para mitigar el dolor humano<sup>20</sup>.

Por esta razón, el Colegio Médico A.G se ha movilizó solicitando autorizaciones para el uso de cannabis medicinal, bajo formas farmacéuticas mundialmente aceptadas<sup>21</sup>.

El gremio médico patrocinó las solicitudes de un par de pacientes, Cecilia Heyder y Rodrigo Zepeda, quienes solicitaron al Instituto de Salud Pública autorización<sup>22</sup> para ingresar a Chile el Sativex<sup>®</sup>, siendo autorizados en ambos casos durante el año 2013, bajo el gobierno del presidente Sebastián Piñera. El medicamento ingresó al país a mediados de 2014 para tratar el dolor asociado a un cáncer de mamas y un lupus de Cecilia Heyder. Lamentablemente Rodrigo Zepeda falleció antes de poder recibir su medicamento, solicitado por su médico tratante para manejar un status convulsivo.

- 19 En efecto, la Ley N° 20.000 sanciona el uso, producción, transporte de psicotrópicos, pero autoriza su uso medicinal. El artículo 50 establece la posibilidad de uso médico de la marihuana, al señalar, en el contexto punitivo de la infracción a la legalidad, que "[s]e entenderá justificado el uso, consumo, porte o tenencia de alguna de dichas sustancias para la atención de un tratamiento médico." (Ministerio del Interior, 2005.)
- 20 Aunque el texto de la Convención está enfocado en los usos medicinales del opio, es necesario establecer, como razón histórica del hecho, que el principio activo de cannabis sativa solo fue identificado tres años después de firmada la convención. Y sus variados usos médicos han sido reconocidos a partir de la última década por legislaciones de países como España, Portugal, Canadá, Suiza, EE.UU. etc.
- 21 En esta gestión participó también el Dr. Milton Flores, líder del grupo de investigaciones para el desarrollo de la vida en comunidad TRIAGRAMA.
- 22 Lo hizo por medio de una medida excepcional que permite el ingreso de fármacos que no estén registrados (Sánchez, 2014).

En 2014 también organizaciones de consumidores medicinales se han organizado para colaborar en suministrar marihuana a sus afiliados, obtener asesoría y hacerse presente en la agenda pública. Así, han sido creadas algunas organizaciones por el consumo medicinal e.g Cultiva Medicina, Mama Cultiva, Mama West.

Otra línea argumentativa ha sido la de *Triagrama*, que ha defendido el uso espiritual de la cannabis mediante la pública exposición de dos juicios por cultivo ilegal en contra de su líder, el psiquiatra Milton Flores (2013) y su cónyuge, Paulina González (2015). En primera instancia, ambos casos han sido hallados culpables de los cargos, pero la fuerza de su argumentación, que radica en la libertad de acceder a una vida espiritual plena, garantizada en la Constitución política, se ha abierto camino en instancias superiores. Un fallo de la Corte Suprema de junio de 2015 otorga una sentencia favorable a Paulina González en cuanto a que reconoce que las plantas eran para consumo personal. Mediante la incorporación del concepto de lesividad, la Corte Suprema logra poner de relieve la falta de delito de tráfico en este caso, instalando de jure –aunque solo sea para el caso– la licitud de los cultivos cuando sean para fines de consumo personal (o colectivo) en el sentido que lo establece la Ley N° 20.000. Un segundo frente de trabajo de esta organización ha sido la abogacía en la Cámara de Diputados, donde han conseguido una fuerte influencia en algunos diputados, lo que se ha reflejado, por ejemplo, en los numerosos considerandos del proyecto de ley del diputado Robles, algunos de cuyos párrafos han sido redactados por el mentado equipo.

Por tales razones el Estado de Chile, con fuerte apoyo del Colegio Médico A.G, de organizaciones de usuarios medicinales, ha reconocido su utilidad terapéutica, situación que facilita el debate de las restantes inquietudes que el planteamiento político de 1961 nos ha mencionado.

Durante el segundo semestre de 2014, una nueva voz apareció en el debate sobre la regulación de las drogas. Se trataba de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN), organización gremial de psiquiatras, neurocirujanos y neurólogos quienes introdujeron fuertemente la idea de que la marihuana era dañina para jóvenes y niños, y que medidas como la regulación que se estaba discutiendo podría ser altamente perjudicial para dichas poblaciones de riesgo, pues aumentaría las prevalencias de consumo. El debate escaló hasta la televisión, con ocasión del programa *El Informante* ocasión en que los representantes de algunas sociedades médicas y quienes defendemos el rol del Estado en la regulación del uso de estas sustancias, sostuvimos un animado debate en el que se dejó en evidencia los intereses de cada actor al respecto. El actual Director del SENDA, Dr. Mariano Montenegro es también un importante miembro de la SONEPSYN que impone brutalmente la lógica psiquiátrica en la dirección del servicio, al declarar por ejemplo, que “la marihuana aumenta la locura” (*El Ciudadano*, 2015).

Después de eso, la arremetida antireguladora sancionó un seminario internacional que contó con la presencia de Nora Volkow<sup>23</sup>, actual directora del *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) de la administración federal de los EE.UU.

Finalmente, también la Escuela de Salud Pública<sup>24</sup> realizó lo propio hacia fines de enero de 2015, revelando que la instalación de la temática finalmente había tocado la puerta de la academia y su torre de marfil habitada por un cúmulo de profesionales salubristas.

23 V Seminario Internacional “Evidencias científicas actuales de los efectos del consumo de marihuana”, encuentro organizado por la Unidad de Adicciones de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Casa de Bello.

24 El programa se puede ver en <http://goo.gl/4rSQaM> acceso el 19.1.14

#### 4.1 El desafío regulatorio y el Instituto de Salud Pública

La regulación del consumo de marihuana plantea aspectos que interrogan al poder legislativo de nuestros países, como el acceso a estos fármacos y al reconocimiento de las formas farmacéuticas que permitiremos y qué tipos de regulación de estas sustancias serán permitidos.

El procedimiento que debiese continuar es el registro farmacéutico de estos productos, que, si cumplen con las condiciones para serlo, debieran ser catalogados como fitofármacos. Pero aún no se ha registrado ningún medicamento canábico en nuestro país. El desafío para el Instituto de Salud Pública (ISP) es conseguirlo registrar estos productos, ya sea como fitofármacos o fármacos cuando corresponda e incluso como suplementos alimenticios si cabe esta posibilidad.

Como la necesidad por usar estos medicamentos ya existe, el ISP ha autorizado el ingreso de fármacos canábicos durante el año 2013, utilizando una excepción que permite la Ley de Fármacos, en virtud del artículo 21 letra B de la misma (Ministerio de Salud, 2011), que faculta al Instituto de Salud Pública a autorizar medicamentos sin registro sanitario previo.

Durante el segundo semestre de 2014, el ISP puso en marcha una comisión para estudiar la factibilidad de regular los fármacos canábicos. La composición de los comisionados incluyó a representantes de los gremios médicos, Servicio Nacional de Drogas y Alcoholes, Instituto Médico Legal y la Fundación Latinoamérica Reforma. Las conclusiones fueron ampliamente favorables a la regulación de estos preparados.

Fruto del trabajo de esta comisión, en la que participé como secretario técnico, se procedió a la confección del decreto N° 84 del 30 de octubre de 2015, que modifica los Decretos Supremos N° 404 y 405 de 1983 y que básicamente otorga mayores atribuciones al Instituto de Salud Pública para autorizar y controlar futuros cultivos de *cannabis sativa* con fines científicos; autoriza el

expendio de cannabis y sus derivados en farmacias o laboratorios bajo receta médica retenida y la traspasa a la lista II de sustancias de control. Esta última situación solo tiene validez en el ámbito medicinal, quedando pendiente el cambio de lista en el decreto N° 867 del 2007 del Ministerio del Interior.

#### 4.2 Cultivos de Marihuana

El gobierno ha autorizado un cultivo de 425 plantas de *cannabis sativa* a la Ilustre Municipalidad de la Florida en el mes de agosto de 2014, a cargo de la Fundación Daya<sup>25</sup>.

Durante los primeros días de enero de 2015, otra plantación de 2 hectáreas de *cannabis sativa* rica en canabidiol ha sido autorizada en la región del Bío Bío, solicitada por la empresa Agrofuturo<sup>26</sup>.

El primer cultivo de marihuana se trata de un proyecto de plantación, producción y administración de fármacos canábicos a pacientes portadores de patología oncológica con dolores crónicos. Se pretende producir cápsulas con resina canábica y administrar a 200 personas portadoras de algún tipo de cáncer que genere dolor y que no haya sido templado con la terapia habitual para este tipo de enfermedades, es decir, terapias basadas en analgésicos del tipo opiáceos. El segundo, consiste en una plantación destinada a la industria médica internacional.

El ejecutivo deberá valorar las posibilidades de cumplir con el cambio de lista de la sustancia a lista 2, prometido en el programa

25 Un segundo cultivo ha sido autorizado en octubre de 2015.

26 Existe el antecedente de un rechazo anterior a la solicitud por parte de los mismos interesados en establecer producción de cannabis para fines médicos (e.g. Agrofuturo 2011).

de gobierno. Lo anterior en virtud del Decreto 867 de 2007 que la sitúa en lista número 1 de sustancias prohibidas, es decir, con importante grado de adicción y daño a la salud pública (Ministerio del Interior, 2007).

Mientras la Cámara de Diputados (*La Tercera*, 2015) está por despachar indicaciones a la Ley N° 20.000 que permitirán tener hasta seis plantas en casa o el equivalente a un metro cuadrado; 10 gramos para porte y 500 gramos para tenencia. También se discute el consumo medicinal, gran batalla por la idoneidad de la administración de Cannabis: el Colegio Médico ha dicho que le interesa mantener su consumo bajo receta médica, mientras que algunos activistas pro cannabis terapéutica desconfían del régimen médico y piden mayor discrecionalidad del usuario medicinal para con su consumo.

El acceso a los fármacos canábicos se ha convertido en una puerta que no puede –ni debe– cerrarse para la discusión de una modificación a la ley de drogas, mientras, cada vez más personas acceden a terapia canábica, ya sea de manera dirigida por un médico (como terapia paliativa) o intuitivamente, lo cual ya está planteando los desafíos tanto al gremio médico, en cuanto actor clave en el acto médico en sí y en la dispensación de este tipo de medicinas, como al regulador, que deberá velar por el derecho de la población a acceder a estas terapias, como a cualquier otra, de la mejor manera que sea posible.

## 5. Conclusiones

La comprensión del fenómeno ha sido incompleta. Esto, debido a las herramientas metodológicas que han sido usadas, muchos estudios epidemiológicos heredados de la bioestadística, que ha dejado fuera durante mucho tiempo de los esquemas explicativos el componente social, perfilando la contribución desde la salud pública con pinceladas técnicas cuantitativas carentes de

sensibilidad fina para la toma de decisión que intenta dar cuenta de la complejidad del fenómeno.

Las campañas preventivas se han construido, a su vez, sin reconocer tipos de personas que usan drogas (experimental, recreacional, problemático) ni tampoco tipos de drogas. Tampoco ha usado argumentos científicos y muchas veces ha estigmatizado a estas personas, lo que ha contribuido a visualizar como sujeto social a una persona con pocas posibilidades de recuperación desde el punto de vista psiquiátrico.

La ley de drogas ha sido poco operativa para dar cuenta de estas complejidades, enfocándose en castigar y vigilar a quienes usen drogas.

Estos tres aspectos ponen en aprietos serios los derechos de las personas que usan drogas, sobre todo a quienes las requieren desde el punto de vista medicinal.

Justamente desde esta última arista, la sociedad civil organizada ha presionado por cambios a la ley de drogas, desarrollando un discurso acerca del acceso a medicamentos canábicos y posicionándolo fuertemente a nivel de medios de comunicación masiva, lo que este año se ha ido materializando a partir de iniciativas legislativas que se han enfocado en marihuana.

Hoy estamos *ad portas* de una reforma a la ley de drogas, que lamentablemente no está considerando la gran complejidad del fenómeno de las drogas, *marihuanizándose*, pero que ha pasado su primer trámite legislativo. Está por verse qué resultará de este proyecto de ley.

### 5.1 Resultados sanitarios

La política de drogas implementada en Chile durante los últimos 25 años no ha sido eficaz en disminuir el consumo de drogas de la población, sobretudo en el grupo de jóvenes de 14 a 18 años, que muestran un aumento de las tasas de consumo. Las

principales drogas ilícitas de consumo, marihuana, pasta base de cocaína y cocaína se mantienen en torno al 7%, 1% y 0,5% de prevalencia de consumo en población general. Tabaco y alcohol, drogas legales, muestran cifras más altas en torno al 42% y 75% para la misma población. Aunque la mayor carga de enfermedad y mortalidad atribuible son resultantes del consumo de alcohol y tabaco, el énfasis de la política pública sigue siendo lo ilícito, de manera que el criterio de legalidad impone énfasis formales que no se traducen necesariamente en los resultados esperables de la política pública, que deberían ser la disminución del consumo problemático de drogas, es decir, el consumo asociado a eventos criminales, de narcotráfico, mortales o accidentes de tránsito.

### *5.2 Perfil del consumidor*

La política de drogas en Chile se ha construido teniendo en vista a una persona joven, de entre 19 a 25 años, de sexo masculino. Para las tres drogas ilícitas de mayor renombre, es notoriamente una persona de los estratos socioeconómicos medios y bajos. Serían también escolares varones que consumen cocaína y pasta base de cocaína. Las mujeres, tabaco y tranquilizantes. Con alguna probabilidad de ser estudiante universitario, con algunas diferencias de género en cuanto al tipo de sustancias consumidas, siendo en general femenino para tabaco y tranquilizantes y masculino para marihuana, cocaína y pasta base. Para el consumo de alcohol no habría diferencias de género significativas.

### *5.3 La probabilidad de consumir como explicación*

Se ha construido un modelo explicativo del fenómeno de consumo de drogas consistente con las hipótesis estadísticas de las probabilidades de consumo. Así, hay factores protectores y

factores de riesgo para llegar a consumir drogas. El riesgo es, entonces, una alta probabilidad de consumo que resulta de la interacción de múltiples factores, cuyas imbricadas relaciones originan la conducta de consumo de drogas, que podría ir, en un continuo, desde la abstinencia, consumo moderado, consumo problemático hasta la adicción.

El consumo cero se relaciona con una alta presencia de factores protectores, mientras que el consumo problemático existiría debido a una alta presencia de factores de riesgo. Incluye aspectos biológicos, de manera que un importante número de pacientes con consumo problemático presenta, además, patología psiquiátrica de base, lo que se conoce como patología dual.

Son factores de riesgo, insatisfacción con el rendimiento escolar; insatisfacción con relación a sus profesores; haber pensado en abandonar el colegio; consumo de drogas del padre y la madre; consumo de drogas en grupo de amigos; hábito tabáquico y consumo de alcohol; síntomas depresivo y ansiosos; baja autoestima; baja percepción de apoyo por los padres; baja percepción de daño. Son factores protectores los antagónicos a los factores de riesgo, a saber, alto rendimiento escolar, satisfacción con sus profesores, no consumo de sus padres, etc. Los factores de riesgo esbozados, además de asuntos biológicos y psicológicos, tienen que ver con factores educacionales, familiares, amigos y consumo de tabaco y alcohol, lo que resulta ser tautológico y sin fuerza explicativa suficiente: el consumidor no problemático no presenta factores de riesgo, y el joven sin factores de riesgo es consumidor no problemático.

Una causa determinada, asimismo, correspondería a la *fragilidad* y *falta de certezas*. Varios autores concluyen que la falta de percepción de riesgo favorece la conducta de consumo.

El riesgo de consumo como probabilidad, elimina la necesidad de hacerse cargo de los determinantes sociales, un asunto político de mayor complejidad sin duda alguna, y pone sobre el

tapete la agenda positivista, como única respuesta social posible del fenómeno.

#### *5.4 Modelo explicativo alternativo: determinantes sociales de la salud*

Pese a existir desde hace 10 años el modelo de los determinantes sociales en salud, no se aplica al consumo de drogas, inclusive cuando se reconoce, desde el modelo de tratamiento oficial, como enfermedad adictiva. Es razonable pensar que esto se deba a las consecuencias políticas que tendría el reconocimiento de estas dimensiones sobre la política pública. Una tesis alternativa que se puede elaborar es que el principal determinante del uso problemático de drogas es la situación social, ya sea definida como posición de clase o, como lo asume la propia Organización Mundial de la Salud, inequidad. Además, inutilizaría como argumento la guerra contra las drogas para hacer política de seguridad interior del Estado (medidas policiales, anti criminogénicas, prevención del delito). Se entiende que asumir este modelo explicativo obligaría al Estado a cambiar el foco de su respuesta organizada sobre la base de comprender la criminogénesis de la droga y sus usos ilícitos.

#### *5.5 Un asunto de seguridad interior*

Como ha sido mencionado en otros textos del presente libro, la función de utilidad que representa el consumo problemático de drogas en la sociedad, para la política pública, ha sido el fomento de las medidas, tácticas y estrategias que aseguran la seguridad interior del Estado, con algún grado de interés por desarrollar las facetas sanitarias, aristas expresadas en los programas de tratamiento, que se empeñan en considerar a un determinado sujeto y no intentan dar cuenta de la complejidad del fenómeno

de consumo, puesto que se trataría de un sujeto nacido para el crimen o criminal nato, a la usanza de la antropología criminal (Lombroso, 1895).

Es el supuesto principal del énfasis de la política, que el consumo de drogas es un hecho vinculado a la delincuencia, un antecedente criminógeno. De ahí la importancia del aumento de consumo infantojuvenil. Desde la ciencia criminógena también se desprende el espesor de la idea del consumo de drogas con base a un modelo probabilístico de factores de riesgo y factores de protección que interactúan para producir una conducta problemática al consumir drogas.

#### *5.6 Campañas revelan la subjetividad estatal y no exploran al consumidor*

La construcción del mensaje preventivo da mejor cuenta de la subjetividad estatal al momento de pensar la política de drogas que del discurso de los sujetos de prevención. Este defecto epistemológico es notable porque supone que quienes consumen drogas son sujetos interdictos y, por tanto, su subjetividad no tiene otro interés para la política que la prescripción, como diría Ricardo Sánchez, de una recomendación o “receta” para evitar el consumo de drogas, a modo de un padre que le entrega un buen consejo a su hijo, o un médico a un paciente, que es considerado como terminal, irrecuperable y, como he dicho, en otra parte en este texto, estúpido. Asimismo, los universitarios son críticos frente a las campañas de prevención, al considerar que no han sido efectivas y que se requiere de otro tipo de mensajes para lograr los objetivos de prevención.

### *5.7 Modelo cognitivo en el discurso prevencionista*

Existe en la construcción del enfoque preventivo chileno una preponderancia de lo cognitivo por sobre otras dimensiones de lo comunicacional. Esta preeminencia de los aspectos cognitivos, supone que la población necesita saber que está obrando de mala manera y entiende que quien consume drogas lo hace porque no conoce los perjuicios de su consumo. Lo anterior se evidencia en el mensaje que se entrega, contrario al uso de drogas sin contextualizar el discurso de prevención, moralizando el consumo.

Hay también en aquella maniobra una especie de teoría de la “aguja hipodérmica” en el discurso preventivo en el que parecería que la mera enunciación del mensaje ingresa al sujeto de prevención y surtiera su efecto allí en la llanura de la superficie cerebral expuesta a su poder comunicativo. “Vuelve a ser inteligente” (CONACE, 2008), campaña que apela al humor juvenil, sirve para ejemplificar lo anterior. Con el mensaje se hace un llamado a dejar de ser un estúpido, y que reingrese en el mundo de la inteligencia. Se asume que el consumidor es un idiota, portador de un vacío intelectual que probablemente es visto como un defecto insalvable, puesto que de otro modo, si de un sujeto inteligente se tratase, bien podría hacerse un esfuerzo mayor por entregar información fidedigna, basada en evidencia científica y sin afán moralizante a las audiencias cautivas de la propaganda preventiva.

### *5.8 Estigma: consecuencia indeseada*

Podría derivarse de lo anterior una estupidez –donde el término estupefaciente designa esa condición– que genera la imagen de un consumidor de drogas ineficaz, un sujeto capaz “disfrutar de este rico aroma”, tal como lo sugería la publicidad del CONACE de 2002. El estigma, además, tiene otra función social indeseada

que es la de señalar el mal, ser el ícono del mismo y portar en sus marcas y señas maldad, suficiente argumentación que explica su condición social, y que funciona para explicar con nitidez formal el perfil del degenerado, heredero legítimo de la figura eugenésica del sifilítico, tuberculoso, epiléptico, toxicómano, criminal nato, etc.

### *5.9 El sujeto de tratamiento*

La figura del usuario de los servicios de salud para consumidores de drogas es la de un sujeto joven, con perfil delictivo. No hay una total concordancia con el perfil del consumidor, implícitamente reconoce un consumo normal, o no problemático. Estas personas se agrupan, de acuerdo al criterio estatal, en población adulta (mayores de 20 años); mujeres, población penal, población en situación de calle y adolescentes infractores de ley. Tres quintos de los programas están dirigidos a población potencialmente criminógena. El perfil del sujeto de tratamiento no tiene necesariamente simetría con la del sujeto consumidor, pues el consumidor es un joven de estratos medios y bajos, mientras que el sujeto a tratar es un potencial delincuente.

### *5.10 Ley N° 20.000: faltas y sinrazones*

Se puede observar que la actual Ley N° 20.000 permite el consumo de psicoactivos, pero su acceso está penalizado, por lo que la figura resultante es fantasmagórica del tipo que probablemente el sociólogo Talcott Parsons llamaría “doble vínculo”. La ley de drogas solo oculta el mercado de la droga a nivel discursivo negándolo, y, con eso, nuestra conciencia moral, que también habita en el *logos*, se encanta y se queda en paz. Pero la realidad del consumo y del funcionamiento de los mercados negros permanece

invariable. Y los mercados negros son los más liberales, pues su fuerza de venta solo se limita por el precio de la sustancia. La Ley N° 20.000 ha sido reconocida como fuente de hipocresía por diversos sectores políticos que han propuesto un cambio que ha pasado el primer trámite legislativo y que, probablemente, encontrará buen puerto debido al amplio respaldo político con el que cuenta. Sin embargo, múltiples iniciativas legales han sido presentadas en nuestro Poder Legislativo. E.g, en el 2012, la propuesta de los senadores Fulvio Rossi y Ricardo Lagos Webber, enfocadas en resolver esta cuestión, lamentablemente no tuvo suficiente éxito.

### 5.11 Penetración de los discursos de la sociedad civil

Las organizaciones que desean un cambio en la actual institucionalidad de control de drogas han desarrollado desde 2011 una intensa campaña por modificar la Ley N° 20.000 básicamente en tres ejes discursivos: consumo medicinal; consumo espiritual y libertad de consumir. La estrategia de plantear el consumo medicinal como punta de flecha ha sido esbozada en Chile desde 2012, impulsada por el gremio médico, y fundamentalmente ha contribuido a penetrar el hermetismo de la prohibición y ha permitido la aprobación de un par de plantaciones de *cannabis sativa* con fines medicinales en nuestro país.

Los discursos que defienden las libertades individuales se han manifestado por las calles de Santiago y otras ciudades del país desde hace 10 años, y sus representaciones se encarnan en activistas canábicos que han tenido alguna incidencia, pero, sin duda, después de haberse agendado en las oficinas del gobierno el uso medicinal de la *cannabis sativa*.

Por otra parte, el discurso espiritual de TRIAGRAMA está en desarrollo, y pese a que ha tenido dos derrotas en los tribunales, está apuntando a elevar el nivel del debate a un asunto esencial: el derecho a adquirir el mayor nivel de espiritualidad posible

es una garantía constitucional y el consumo de drogas facilita ese acceso a lo espiritual.

Las actividades de la sociedad civil chilena, junto a la sensibilidad del poder legislativo representado por los diputados que han liderado los cambios discutidos en el texto de la ley de drogas, Cariola, Rubilar y Robles, son una buena asociación que ha liderado el proceso, a pesar de la ausencia casi total del Ejecutivo en la materia.

Aunque se ha avanzado rápidamente en liberar los usos de la marihuana, las actividades de abogacía en Chile para reformar la política de drogas recién comienzan.

#### *5.12 Marihuana medicinal como abrelatas*

Claramente, y como ha sido en otras latitudes, el consumo medicinal de marihuana ha actuado como “abrelatas” ante la indolencia del modelo político de restricciones al consumo. Ni el discurso de las libertades personales ni el discurso de la libertad espiritual, a diferencia de otras latitudes como Brasil (e.g. Santo Daime) ha permitido avanzar tanto como el de los usos medicinales en las modificaciones preliminares a la política de drogas en Chile. El caso chileno se ha basado en la observación de la exitosa estrategia planteada por el *Drug Policy Alliance* en los EE.UU. y que ha llevado a la legalización o despenalización del uso medicinal en 23 Estados de la Unión.

#### *5.13 Marihuanización que calentó el debate*

La emergencia del debate canábico se impuso en la lógica de la reforma a la Ley N° 20.000 propuesta en la Cámara de Diputados. Lo que comenzó siendo una propuesta para reformar la Ley N° 20.000, terminó siendo una discusión pormenorizada de

cantidades de marihuana para plantar, tener o portar. El reduccionismo de la discusión ha quitado espacio para ampliar el debate y asumir las lógicas integrales que representan la salud pública y los derechos humanos. El precio que se ha debido pagar por visualizar la problemática de los enfermos que consumen cannabis en Chile, ha sido invisibilizar los usuarios de otras drogas (pasta base de cocaína, cocaína, inhalantes, de diseño etc.). La reducción se va a limitar, por tanto, a unos números de plantas y gramos de cogollos. Una victoria para el activismo canábico, pero una deuda para quienes desean hacer una reforma integral a la política de drogas.

## 6. Una salida posible: sugerencias y recomendaciones

Es necesario, hoy más que nunca, informarse y atender las ventajas sociales que un modelo de prevención basado en aspectos sanitarios, y no policiales (o punitivos), tiene. Desde tal perspectiva sanitaria, también llamada “reducción del daño”, debemos avanzar en generar los reglamentos legales necesarios para facilitar el acceso a drogas ilegales o terapia de sustitución en todos los casos de uso recreacional.

La lógica que sustenta lo señalado se entiende desde una perspectiva sanitaria que acepta el consumo no problemático de drogas, tal y como existe un consumo no problemático de alcohol, cafeína, benzodiazepinas, etc. El modelo de reducción de daños se ha incorporado en tal medida al equipo de salud, que tal modelo podría perfectamente ser supervisado por un médico, como lo hacen los dispensarios de opiáceos en la ciudad de Vancouver en Canadá, que en vez de tener a los usuarios de heroína en las calles, les entregan sus dosis de reemplazo (metadona, heroína) en dispensarios bajo el control de equipos de salud plenamente capacitados.

Desde el punto de vista de la Salud Pública, es necesario avanzar en regular el uso no penalizado de drogas (producción

industrial, autocultivo), utilizando la institucionalidad vigente que la ley establece y despenalizar el “porte” de pequeñas cantidades de drogas que sean declaradas para consumo personal.

La política de drogas gradualmente debe incorporar conceptos de salud pública, dejando de lado la óptica criminal-psiquiátrica para dar lugar a una que pondere los derechos humanos y los cuidados a quienes usan drogas. Parece que ha llegado el momento de reparar errores históricos en la historia de las políticas de drogas. Habrá que avanzar en aquellas basadas en lógicas sanitarias; construidas a partir de los derechos humanos y dejar de criminalizar innecesariamente y transformando en sujetos de la marginalidad a quienes permanecen fuera del estrecho circuito de regulación que hoy se nos presenta.

Se podría pensar que el horizonte de cambios a la política de drogas está comenzando a escala planetaria. Gracias a la fluidez de las comunicaciones podremos resolver los debates, estimular actores y, en definitiva, producir algún cambio concreto en estos afanes en un breve plazo, quizá una década.

Por ahora, tenemos a la vuelta de la esquina la despenalización de la tenencia, porte y acopio de cannabis para uso personal. Esta medida disminuirá el narcotráfico vinculado a cannabis, mejorará la calidad de la sustancia (prensado v/s cogollos), reducirá el daño de quienes consumen, beneficiará a quienes requieren su uso médico, evitará que quien consume entre en contacto con narcotraficantes y otras sustancias, desahogará el sistema judicial y lo que es de mayor relevancia, entregará alternativas de consumo a los jóvenes *pastabaseros*, quienes prefieren fumar pasta base porque en la calles la pasta base es más barata y accesible.

## Bibliografía

- Alvarado R., Neves L., Vidal A. (2003). "Factores asociados al consumo de drogas entre estudiantes de enseñanza media en la región de Magallanes". *Revista Chilena de Salud Pública*, 2003, 134-145.
- Araneda JC, Cumsille F. (2003). "Consumo de drogas en población escolar de Chile en alumnos de 8º básico a 4º medio". *Revista Chilena de Salud Pública*; 63-71.
- La Tercera (31 de marzo de 2015) "Autocultivo de marihuana: Comisión de Salud de la Cámara despacharía proyecto el próximo lunes". En <http://goo.gl/PEBlu5> Accesado 31.3.15
- Catalán, M. (1997). *Drogas y cultura, Programa cono sur, Group IGIA – Programa la Caleta* – Universidad Diego Portales, Comisión de las comunidades europeas (CCE). Santiago de Chile, diciembre 1997, Gino Grondona.
- Diario Oficial de Chile* (16 de mayo de 1968), Decreto N° 35 que asume como ley de la república la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes, 1774-1783.
- Departamento de estadísticas e información en salud-MINSAL, (2014). Listado de Establecimiento y Estrategias de salud (Perteneientes y No Perteneientes al SNSS) año 2014. En <http://goo.gl/oOTMa5> Accesado el 15.10.14
- La Cuarta (17 de abril de 2002) "Don Graf sale en gira contra la droga". En <http://goo.gl/1OrUra> Accesado el 6 de diciembre de 2014.
- Duvicq C, Pereira N, Carvalho A, (2004). "Consumo de drogas lícitas e ilícitas en escolares y factores de protección y riesgo". *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 março-abril; 12 (número especial): 345-51.
- Girard, R (1986). *El chivo expiatorio*. Barcelona, España: Anagrama.
- González, M et al (1999). *La construcción de sujeto en las políticas de prevención de drogas del estado chileno: un análisis de discurso posible. Un ángulo diferente para pensar y actuar en el campo de las drogas ilícitas*. Programa Cono Sur-Chile.
- Instituto nacional de la juventud (2014). "Drogas y legalización de la marihuana: ¿qué piensan los jóvenes?" *Revista RT* Diciembre 2014. ISSN 0719-2533, 9-13.
- Hernández, M (2005). "Representaciones simbólicas detectadas en los discursos de jóvenes de entre 19 y 25 años que estudian en universidades de Santiago en relación a campañas comunicacionales de prevención del consumo de drogas ilícitas". Tesis para optar a grado de Magister en Comunicación. Universidad Diego Portales, Santiago Chile.
- Lombroso, C (1895). *L'Homme Criminel*. Félix Alcan editores. Tomo I- 266-305. Edición en lengua francesa. Original en italiano.

- Ministerio de Salud, subsecretaría de salud pública (2011) DECRETO N°3 que aprueba reglamento del sistema nacional de control de los productos farmacéuticos de uso humano. Artículo 21, letra B.
- Ministerio de Salud, (2008). "Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible", Chile 2007. En <http://goo.gl/oEexAv> Consultado 24.9.13
- Ministerio de transportes y telecomunicaciones-CONASET (2013). "Siniestros de tránsito y consecuencias según Causa, año 2013". En <http://goo.gl/g3XROC> accesado el 17.12.14
- Ministerio del interior-CONACE, (2003). Estrategia nacional sobre drogas 2003 – 2008, 4-5. EN <http://goo.gl/CeKjsty>
- Ministerio del Interior (2005). Ley N° 20.000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. En <http://goo.gl/ySPLay> Consultado el 9.12.14.
- Ministerio del Interior (2007). Decreto 867 del 8 de agosto de 2007 que aprueba reglamento de la ley n° 20.000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y sustituye la Ley n° 19.366. En <http://goo.gl/DZvp7b> Consultado el 6.12.14
- Ministerio del Interior -CONACE, (2009). Estrategia Nacional Sobre drogas 2009-2018 En <http://goo.gl/EIhPNR>
- Ministerio del Interior -CONACE, (2011). Estrategia Nacional de drogas y alcohol 2011-2014 En <http://goo.gl/3n6x7v>
- Ministerio Secretaría General de Gobierno. Secretaría Nacional de la Juventud (1974). I jornada sobre juventud. "Juventud y drogas".
- MUÑOZ, M (2013). "Estructura social y consumidores de drogas ilícitas en Chile. Un análisis de conglomerados". *Revista Kútral*. Número 7. Diciembre 2013. Años 4, 78-79.
- Organización mundial de la salud (2005). Determinantes sociales de la salud. Página web de la comisión de los Determinantes sociales de la salud de la organización mundial de la salud En [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/). Consultado 7.1.15
- Rodríguez, J; Hernández, E; Fernández, A. (2007). "Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares". *Rev Méd Chile* 2007; 135: 449-456.
- La Segunda (23 de julio de 2012). Rossi tras revelar que consume marihuana: "No recorro al mercado negro; algún amigo llega por ahí". Consultado en <http://goo.gl/73Z276> accesado el 8.1.15
- Sánchez, R (2005). "Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo, comprometidas en la ley 19.366 de 1995, a través del análisis de las transcripciones de la discusión parlamentaria". Memoria para optar al Título de Psicólogo. Departamento de psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

- Sánchez, S. (2005). "Representaciones sociales de sustancias psicoactivas ilícitas en universitarios de la ciudad de Santiago". *Cuad Med Soc* (Chile) 2005; 45: 117 - 137.
- Sánchez, S. (2014). "Aprobada la marihuana medicinal en Chile". Publicada el 26.3.14 en *IDPC* (International Drug Policy Consortium) En <http://idpc.net/es/blog/2014/03/aprobada-la-marihuana-medicinal-en-chile>
- Sánchez, S. (2004). "Hacia el diseño de mensajes culturalmente relevantes para la prevención del consumo de drogas ilícitas en jóvenes de 19 a 25 años de distintas universidades de Santiago". Tesis para optar al grado de magister en Salud Pública. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
- Senado de la República de Chile, (2014) En *Boletín N° 9*. 470-407, 3. En <http://goo.gl/CM4rl> acceso 7.12.15
- Ministerio del Interior -SENDA, (2010). "Estudio sobre de drogas en consultantes de salas de urgencia". Gobierno de Chile.
- Ministerio del Interior -SENDA. Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile. 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012. En <http://www.senda.gob.cl/>
- Ministerio del Interior -SENDA, (2012). "Caracterización de la población femenina atendida en el programa de tratamiento específico de mujeres". Observatorio chileno de drogas. *Boletín N°9*/Abril 2012.
- Ministerio del Interior -SENDA, (2014). Página web del Servicio Nacional de Drogas y Alcohol. En <http://goo.gl/LDzGY8> accesado el 15.10.14.
- Ministerio del Interior -SENDA, (2012). Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. Convenio SENDA-MINSAL. En <http://goo.gl/z8uSqH> accesado 16.10.14
- Vial, A. (Productora ejecutiva) (4 de noviembre de 2014) *El informante* (Programa de televisión) Santiago de Chile: Televisión Nacional de Chile. En <http://goo.gl/AUdGMy> accesado el 19.1.15