

# ÉTICA, ASISTENCIA Y POLÍTICAS RESPECTO A LA ADICCIÓN

OMAR FRANÇA-TARRAGÓ\*

Recibido: 7 de febrero de 2013  
Aprobado: 21 de marzo de 2013

## RESUMEN

Se analizarán los diversos modelos de asistencia individual al adicto como parte de la “Perspectiva asistencial individual” y, por otra parte, las principales políticas nacionales respecto al consumo de drogas, como parte de lo que llamamos “Perspectiva económico-jurídica”. Se buscará argumentar una articulación armónica de los derechos y deberes emergentes de ambas perspectivas simultáneamente tenidas en cuenta.

**Palabras clave:** drogadicción, políticas sobre adicción, asistencia al adicto, ética, derechos y deberes.

## ETHICS, ASSISTANCE AND POLICIES REGARDING ADDICTION

## ABSTRACT

The different models of addicts individual assistance as part of the called “individual assistance perspective” and the main national public policies in relation to drug consumption as part of the “juridical-economical perspective” are analyzed. The article seeks to discuss a harmonic articulation of rights and responsibilities emerging from both perspectives simultaneously.

**Keys words:** drug addiction, policies on addiction, assistance to addicts, ethics, risghts and responsibilities.

---

\* Dr. en Medicina. Licenciado en Ética. Director de Área de Éticas Aplicadas. Dpto. Formación Humanística, Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay. Correo electrónico: ofranca@ucu.edu.uy

## INTRODUCCIÓN GENERAL

Al intentar abordar el tema de los problemas éticos de la adicción, surgen dos perspectivas diferentes de análisis que apuntan a derechos y deberes éticos diferentes. Esas dos perspectivas deben ser analizadas por separado, pero sin dejar de lado su mutua y estrecha relación.

La **primera perspectiva** se refiere a la responsabilidad ética de los profesionales, la familia y el conjunto de la sociedad hacia la **persona individual del adicto** y sus conductas. Llamaremos a este punto de vista: **Perspectiva sanitaria o asistencial individual**.

La **segunda perspectiva** se refiere a la responsabilidad ética de la sociedad con respecto a la comercialización de drogas usadas por los adictos y –concomitantemente– al derecho de los ciudadanos a escoger su propia forma de entretenimiento o placer físico. También se refiere a las condiciones de equidad en la producción, industrialización y comercialización de drogas psicotrópicas. Identificaremos a este segundo punto de vista como la **Perspectiva económica-jurídica**.

**Si bien ambas perspectivas están estrechamente interrelacionadas, muchas veces las tensiones en las discusiones públicas surgen porque los interlocutores priorizan una de las dos perspectivas como la única decisiva para establecer políticas públicas; y buscan invalidar o descalificar la otra.**

Por nuestra parte, intentaremos mostrar en este artículo que una actitud razonablemente responsable desde el punto de vista ético deberá contemplar ambas perspectivas de forma simultánea y armónica.

En el desarrollo que se hace a continuación se intentará argumentar cómo se puede armonizar una y otra perspectiva.

No es el objetivo de este artículo mostrar que sea posible eliminar las incertidumbres con respecto a los medios más eficaces para garantizar los derechos éticos que el Estado debe asegurar en las dos perspectivas aludidas antes, sino –apenas– mostrar que algunas incertidumbres pueden despejarse y que es posible lograr cierta claridad como para que el proceso de deliberación ética en las instituciones sociales favorezca

la mínima paz y armonía entre grupos de intereses diferentes, en lo que se refiere a la drogadicción.

## **PERSPECTIVA ASISTENCIAL INDIVIDUAL**

El problema del adicto ha sido descrito como una “patología del espíritu” y una alienación del yo, respecto a los valores éticos y espirituales (Flecha, 1999, p. 239). Don Mario Picchi, uno de los especialistas que más experiencia tiene en toxicómanos en Italia caracteriza así al drogadicto:

[...] el toxicómano es una persona en crisis, en conflicto consigo mismo, con la familia, con la sociedad; emotivamente frágil, moralmente débil, busca un estado irreal de felicidad perpetua, libre de preocupación y responsabilidad, con intolerancia de tensiones y frustraciones e incapacidad cuasi total de posponer la búsqueda del placer o de esperar la satisfacción; incapacidad de instaurar con éxito las relaciones interpersonales, vive las relaciones humanas particularmente tenues y fácilmente sustituibles con una píldora o con una inyección que le llevará al agotado estado del nirvana. Actúa constantemente bajo el impulso del sentimiento, de la emoción, del miedo; intenta esconder la propia volubilidad y el no respeto por sí mismo, detrás de una falsa imagen. (Cicccone, 1986, p. 331)

Se puede decir que el toxicómano es un individuo psicológicamente inmaduro (Picchi, 1995, p. 23). Su modo de afrontar los problemas y las dificultades que se le presentan, es la fuga a través de la droga. Su mundo sentimental es limitado, confuso, conoce poco lo que no sea sensación de miedo, agresión, inseguridad, sentido de inferioridad, rechazo y depresión. Frente a las emociones que lo hacen sentir culpable puede reaccionar con violencia y agresividad; o, de lo contrario, con miedo y rechazo, reprimiendo cualquier sentimiento delicado.

Aun cuando a la descripción de este perfil se le puedan agregar otras notas que lo enriquezcan, es suficiente como para mostrar los tres principales modelos de intervención del adicto, que se han ensayado en las últimas décadas del siglo XX y primeras del presente siglo para resolver los problemas sanitarios que plantea el adicto.

## **Modelos asistenciales para la recuperación y reinserción social del adicto**

Podemos describir tres modelos fundamentales de asistencia y rehabilitación del adicto, que pasamos a describir:

**Primer modelo: el médico-psicológico.** Quizá fue el primer modelo que se dio en la historia de la asistencia a los adictos. Actualmente, muy pocos profesionales lo emplean de forma aislada o separada de otras formas de intervención.

El concepto subyacente a este modelo es que el adicto es un “sujeto enfermo” cuyo cerebro necesita determinado tipo de sustancias para sentirse bien; y por eso, se hace adicto (perspectiva **médica**). Concomitantemente, desde el punto de vista psicológico, el modelo considera que el psiquismo del adicto lo lleva a buscar evadirse de la conflictividad intrapsíquica que le generan sus vínculos afectivos no resueltos; y lo hace mediante el consumo de sustancias (perspectiva **psicológica**).

Según este modelo, si el adicto es un “enfermo” hay que actuar sobre la enfermedad, con métodos terapéuticos propios de la medicina o la psicología. El método terapéutico **médico** consiste en sustituir la droga que le genera problemas, por otras que lo ayuden a funcionar bien. Por otra parte, el método terapéutico **psicológico**: consiste en aplicar una terapia individual para ayudarlo a resolver esos vínculos no adecuadamente resueltos, a fin de que no necesite evadirse por medio de la droga.

Pero sea aplicando la perspectiva médica o la psicológica, este modelo implica que el adicto **no tiene responsabilidad por sí mismo**:

O bien su voluntad está afectada por la necesidad orgánica de drogas que le dan tranquilidad o placer.

O bien su voluntad está afectada por carencias afectivas que le impiden tomar decisiones y resolver conflictos psicológicos vinculados a sus seres queridos, que se sustituyen por la evasión que permite el consumo de sustancias psicotrópicas.

De acuerdo a este modelo el drogadicto no está en condiciones óptimas de libertad y hay que sacarlo de las ocasiones personales o sociales en las que su vulnerable voluntad pueda ser inducida a consumir.

*En esta perspectiva, el libre acceso a las drogas químicamente certificadas y a un bajo precio, sería exactamente lo contrario a lo que buscarían los asistentes terapéuticos.*

**Segundo modelo: el decisionista individual.** Esta segunda forma de concebir al adicto consiste en calificarlo como un individuo que “libremente” ha optado por drogarse pero que puede “libremente” escoger no drogarse. Este modelo supone que el adicto tuvo una decisión equivocada en su pasado pero que, ayudado a 1) librarse del síndrome de abstinencia, 2) o a tomar conciencia de las ventajas de vivir sin droga, podrá revisar su decisión y tomar una nueva opción, ahora saludable.

El método terapéutico de este modelo es esencialmente individual y consiste en ayudarlo a:

- 1) Que se sienta libre del síndrome orgánico de abstinencia.
- 2) Ilustrarlo mejor sobre las desventajas de la opción disfuncional previamente hecha (psicología cognitivo-moral).
- 3) Estimularlo a que opte nuevamente por una decisión correcta y saludable; y perseverare en tal decisión.

Este modelo considera que no es intrínsecamente mala la utilización de drogas psicoactivas para lograr determinados efectos en el individuo y en determinados contextos. En ese sentido, quienes suscriben este modelo afirman que resulta evidente que el uso terapéutico de drogas como la morfina, la cocaína (y sus derivados) o la metadona, es “bueno”. Algo similar cabría afirmar respecto a la LSD, la heroína u otras drogas cuando se usan para investigar los mecanismos neuropsíquicos del ser humano.

Por último, el uso de las **drogas químicas para el entretenimiento o placer individual**, –cuando el placer es puntual y controlado–, no necesariamente debe ser considerado éticamente reprobable, sostienen quienes suscriben el segundo modelo.

En ese sentido hay múltiples conductas humanas elegidas para el entretenimiento que pueden ser riesgosas para la integridad física o emocional de quienes las ponen en práctica. Nos estamos refiriendo a los deportes de alto riesgo, que la sociedad permite porque forman parte del derecho a disponer de sí mismo que tiene cada

individuo humano, siempre que no se ponga en peligro la vida de terceros.

Entre los deportes de alto riesgo que pueden poner en peligro la vida de quienes los practican (Forbes, 2013) podemos citar a:

- 1) **Paracaidismo desde edificios, antenas o riscos** (*Base Jumping*). Entre 5 y 15 personas mueren cada año. **170 muertes en 30 años.**
- 2) **Esquiar saltando de helicópteros** (*Heli-Skiing*). Las muertes son causadas por malas condiciones de tiempo que provocan avalanchas y desgajamientos de los cerros.
- 3) **Buceo de aguas peligrosas o de cuevas marinas** (*Diving*). Existen muchos peligros que las personas no miden. El salir abruptamente del agua, ya sea por falta de aire, miedo o simple nerviosismo, puede causar daños importantes al organismo. A este peligro se le suman los tiburones, mantarrayas, víboras “morenas”, corales de fuego y demás organismos peligrosos en el mar, así como las corrientes de agua que muchas veces pueden jalar a una persona decenas de kilómetros en poco tiempo. Llevar el buceo a cuevas profundas y oscuras dentro del mar, aumenta el peligro. La baja visibilidad puede hacer que te pierdas o te separes de tu compañero de buceo. El perderte en una cueva puede ocasionar que se termine tu aire para respirar, que te dé hipotermia y en poco tiempo puede causar la muerte. ***En Norte América han muerto más de 500 personas en los 40 años que tiene de existir esta actividad.***
- 4) **Montada de toros** (*Bull Riding*). Son frecuentes las fracturas, lesiones cervicales y de columna, hasta jinetes paralíticos o muertos por el peso del toro.
- 5) **Surfeo de olas gigantes** (*Big Wave Surfing*). Estas olas de más de 30 metros de altura, tienen corrientes muy fuertes que expulsan al más experto y lo revuelcan en agua y arena. Además la fuerza y velocidad, provocan un riesgo de ser golpeado en la cabeza por tu propia tabla.
- 6) **Trineo en calle** (*Street Lugging*). Acostados en patinetas bajan por calles en declives a gran velocidad. En general está prohibido porque pone en riesgo a terceros.
- 7) **Equitación, en general**. Estadísticamente más personas mueren practicando deportes a caballo que en el boxeo. Implica cerca de **130 muertes cada año.**
- 8) **Escalada en rocas y montañas**. Las aseguradoras lo sitúan en nivel 5

de riesgo, debajo de las peleas con cuchillo. En 2009 **se produjeron 24 muertes. De cada 6 ascensos al Everest muere uno.**

- 9) **Automovilismo deportivo.** Las cifras de célebres pilotos muertos en carrera es elevada. A eso se suman los cientos de miles de espectadores muertos a consecuencia de los coches siniestrados en carrera.
- 10) **Largarse en picada (*Wingfly*).** Alcanzan velocidades hasta de 200 km por hora en picada. Suceden unas **20 muertes cada año.**

En todos esos ejemplos de **conductas placenteras que ponen en riesgo la vida o la salud de quienes las practican**, el Estado limita las condiciones de seguridad que deben respetarse para la recreación y el placer; y exige que el individuo que decide correr riesgos en su propia integridad física, sepa cuáles son esos riesgos y cómo evitarlos. Pero el Estado violaría el derecho al entretenimiento si prohibiera radicalmente ciertas conductas de riesgo que los individuos quieren correr, por su propia voluntad, cuando quieren experimentar determinados placeres.

Según el “modelo decisionista”, la objeción moral que recae sobre las drogas químicas **no es respecto a su uso recreativo libremente elegido**, sino solo respecto **a su ingestión compulsiva, en la medida en que esta forma de ingestión debilita o anula la libertad de los individuos**; especialmente si estos se vuelven enfermos e incapaces de librarse a sí mismos, sin la ayuda de terceros, y causando graves daños a la sociedad.

*Este modelo sería favorable al hecho de que las drogas fueran accesibles a todos los ciudadanos, siempre que sean químicamente certificadas y tengan un precio acomodado a las posibilidades económicas de los ciudadanos. En cambio este modelo buscaría que se evitara a toda costa que un individuo impusiera sus gustos recreativos a públicos vulnerables que no son conscientes de lo que hacen (ej. niños o enfermos mentales).*

**Tercer modelo: el socio-espiritual.** Este tercer modelo integra los componentes valiosos que están presentes en los otros dos modelos anteriores pero tiene una visión más integral del problema del adicto. En este tercer modelo el adicto sería un individuo **“atado” o “prisionero” a un estilo de vida degradante** vinculado a ciertos contextos sociales que son axiológicamente cercenadores de la libertad y de la conciencia de los individuos. Es el estilo de vida social y personal, junto

al contexto cultural de valores en los que vive el adicto, lo que –conjuntado– favorece las conductas de descontrol de su voluntad e impide que los individuos ejerzan verdaderas decisiones, libres y conscientes. Un sector muy importante de las llamadas comunidades terapéuticas se ubica en este tercer modelo de enfoque de la asistencia al adicto.

Obviamente, si el adicto es visto como un individuo que ha optado por **un estilo de vida degradante** (donde su conciencia y su voluntad han quedado gravemente disminuidas –o aun anuladas–), el tratamiento implicará un cambio de estilo de vida. Esto último es mucho más complejo que la aplicación del modelo médico-psicológico o el modelo decisionista, utilizados cada uno de ellos de forma aislada.

En este tercer modelo, el problema en sí mismo no es la droga **sino el estilo de vida narcisístico-emotivista y sociodependiente adoptado por el adicto**. Las drogas químicas no serían más que un epifenómeno derivado de ese estilo existencial de fondo.

Dentro de ese “estilo de sentir y actuar” asociado a los adictos se puede **describir**:

1º. Una ética **emotivista-narcisista**. El emotivismo es la teoría ética que considera que “lo bueno” para el ser humano es hacer “lo que yo siento que es bueno”. Obviamente, en términos prácticos esto puede significar que cualquier medio se justifica con tal de satisfacer mi anhelo de placer o el logro de “mis” intereses. Por consiguiente:

- a. La mentira suele ser la consecuencia práctica más común de esta ética narcisista del adicto.
- b. La utilización y manipulación de las personas es un ingrediente usual de su comportamiento.
- c. El no respeto por la propiedad del otro es uno de los procedimientos que más rápido le aseguran sus propósitos (cualquier medio justifica los fines).

2º. Una ética de **tipo sociologista**. Es decir, lo “bueno” para el adicto es sentirse “uno” con su grupo de pertenencia y totalmente permeable a la “seducción” de dichos grupos de presión. El “**sociologismo**” es la teoría ética que considera que “lo bueno” para el ser humano es seguir las costumbres del grupo (o de la sociedad) en



la que uno se encuentra; y “lo malo” es ser “disidente” o crítico de las costumbres del grupo social. Es característica de la ética sociologista del adicto, seguir como “buenas” las reglas de conducta de la pandilla en la que su autoestima puede sentirse nivelada o, al menos, no minusvalorada.

En este tercer modelo:

- El **objetivo** terapéutico consistirá en hacer que el adicto pase de un estilo “narcisista-erotivista” y sociodependiente, a un estilo **personalista y comunitario**<sup>1</sup>.
- El **medio** eficaz son las comunidades terapéuticas de resocialización ética y espiritual.

Para este modelo, **lo realmente decisivo** no es si el adicto dispone de tratamientos médicos (para resolver el síndrome de abstinencia) o tratamientos psicológicos (para resolver sus vínculos patológicos), sino **si es capaz de “cambiar” de estilo de valores y de grupos sociales caracterizados por la evasión de la realidad por medio de una recreación narcisista y sociodependiente**. En consecuencia, los asistentes terapéuticos consideran que la disponibilidad de grupos de **re-socialización o re-significación** de los valores y sentido de vida personal son el principal ingrediente para que el adicto pueda re-configurar una vida sana y satisfactoria y tomar las decisiones correctas para diseñar su nuevo plan de vida.

Ahora bien, **el acceso fácil a la droga químicamente certificada y a un bajo costo, es una dificultad sobre-agregada en este proceso de re-significación de valores, grupos y sentido de la vida que son la pieza clave de este puzle de rehabilitación social y moral del adicto**.

## PERSPECTIVA JURÍDICA-ECONÓMICA

Habiendo trazado los tres modelos de respuesta ante el problema del adicto individualmente considerado, intentaremos hacer a continuación una reflexión

---

<sup>1</sup> Ética personalista es la que considera que el valor ético por excelencia es el respeto de todo ser humano como persona, siempre fin en sí mismo, y nunca medio para la satisfacción de las necesidades o intereses de otros. Las éticas personalistas, sean de origen aristotélico-tomista o de cuño kantiano están subyacentes a la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

desde la óptica del conjunto de la sociedad, tratando de señalar en el fenómeno de la adicción, una conducta que repercute en todos los aspectos sociales y en la que múltiples factores están involucrados: educativos, antropológico/existenciales, legales, policiales, económico/empresariales, etcétera.

En todo caso, la conducta puesta en práctica por los adictos y todos los involucrados con la producción, distribución y venta de sustancias psicoactivas puede causar –y de hecho así sucede– graves perjuicios a terceros inocentes y al conjunto de la sociedad. De ahí que la comunidad internacional haya buscado el desarrollo de políticas públicas que resuelvan –en lo posible– este problema o atemperen sus efectos.

### **Las políticas de respuesta a la drogadicción**

Por políticas se entiende:

[...] el desarrollo de una variedad de leyes y programas que pretenden influenciar sobre la decisión de los individuos de usar o no sustancias psicoactivas y sobre las consecuencias de su uso tanto para el individuo como para la comunidad. Este conjunto de leyes y programas constituye la política de drogas de un país. (Barbor et al., 2010, p. 4)

Actualmente podemos caracterizar dos grandes articulaciones de políticas nacionales sobre drogas que se contraponen en sus enfoques y en sus programas específicos.

#### **a) Políticas prohibitivas o controladoras**

En este momento, es el modelo que tiene mayor peso en la acción de los gobiernos y en los acuerdos internacionales (Bean, 2010). Su argumento es que esta política constituye la mejor forma de refrenar el consumo y limitar nuevas experimentaciones por parte de los consumidores. Por otro lado, establece una valoración moral clara: “drogarse es malo”.

Parte de la base de que, cuanto más facilidad tengan los enfermos para acceder a la droga, más lo harán. La tesis controladora asume el papel de “padre protector” por parte del Estado que debe impedir el acceso a la droga. Y de la misma forma que considera que los menores de edad no deben tomar alcohol ni asistir a espectáculos de adultos, esta política asume que el adicto es un enfermo o un débil en su voluntad, al que hay que proteger con medidas de control.

La política de tipo controlador implica hacer un juicio de valor respecto a las drogas y calificarlas como dañinas para el individuo y para el conjunto social; por eso las clasifica como ilegales y reprime su producción y comercialización.

Las políticas enfocadas al “control” priorizan la **deshabitación** del drogadicto y el logro de que **vivan sin drogas**. Dicho en otras palabras buscan, por todos los medios disponibles, apartar al individuo del consumo de drogas. Por otra parte, su énfasis se expresa en campañas educativas y preventivas que quieren **generar fuerte aversión al uso individual de la droga** persuadiendo a los no consumidores a que se abstengan de probar las sustancias psicotónicas y tomen conciencia de los males sociales que estas implican.

**En síntesis sus argumentos son** los siguientes:

- 1) Si se bajan los precios de venta, aumentan los individuos motivados al consumo, con lo cual el número de jóvenes adictos crecería aún más que el actual. Eso ha pasado en algunos países que liberalizaron la venta de *cannabis* (como Australia, Holanda).
- 2) La eventual autorización a laboratorios especiales para que produzcan y comercialicen la droga (como abogan los liberacionistas) pondría a estos laboratorios a expensas de los mafiosos productores de la materia prima en los países de origen, que continuarían cobrando la droga a precios exorbitantes; en consecuencia, los laboratorios se verían obligados a cobrar altos precios por la droga químicamente certificada.
- 3) Lo que se legaliza tiende a considerarse como moralmente correcto y será muy difícil convencer –especialmente a los jóvenes– que “drogarse es un mal”.
- 4) Los programas deben estar diseñados para disuadir del consumo a los adictos e inhibir a los candidatos nuevos a través de la educación correcta, no a lo contrario, como posibilita la política liberalizadora.
- 5) La represión del tráfico y venta deberá ser intensa y exhaustiva. Las penas aplicadas habrán de ser muy elevadas para lograr la disuasión.

### ***País de referencia: Suecia*** (Sullivan, 1999)

En los años sesenta se permitió en este país la prescripción libre de droga a aquellos que decían ser adictos, al mismo tiempo que se les permitía acceder a la asistencia sanitaria. Este proyecto se abandonó 3 años después debido al progresivo incremento de nuevos consumidores. A pesar del libre acceso a las drogas, el índice de crímenes se incrementó entre los que formaban parte del programa de atención en aquella época.

A partir de 1968 Suecia se concentró en las medidas de control, tratamiento y educación, con el objetivo de tener una sociedad “libre de droga”. Desde ese momento las penas aplicadas a los infractores se incrementaron sustancialmente en Suecia. El cuidado coercitivo de los adultos adictos se introdujo en 1982. Sin embargo, el tratamiento generalmente era considerado una alternativa opcional a la prisión. La coercitividad establecida por la ley sueca y la asistencia brindada mediante el tratamiento se usaron coordinadamente. En ese sentido, la rehabilitación de los adictos a heroína ha sido implementada con un número muy restringido de casos.

El uso de droga fue criminalizado en 1988 y en 1993 se puso una pena de 6 meses de prisión para el uso ilegal de droga. La ley sueca prevé que la posesión de heroína y cocaína sea penada con pena estricta de prisión, mientras que tener pequeñas cantidades de *cannabis* o anfetaminas puede implicar una multa. Al narcotraficante se le condena hasta con 20 años de prisión. La policía controla el tráfico en las calles y no pueden desarrollarse centros de obtención gratuita de drogas.

### **b) Políticas liberalizadoras o de libre opción individual**

Tienen dos presupuestos éticos y filosóficos:

- 1) Presuponen **el derecho a la libre opción de entretenimiento por parte de los individuos**, de acuerdo a su propia filosofía de vida y valores. Este presupuesto, no solo es válido para las drogas psicoestimulantes sino que también vale para justificar **la práctica de los deportes de extremo riesgo vital, la cacería con armas de fuego o el combate de ciertas plagas con venenos mortales** para el ser humano. Aplicado este derecho al consumo

de drogas psicoestimulantes, significa que el individuo que decide consumir no debe tener interferencias sobre sus propias opciones recreativas, siempre que eso no cause daño al resto de la sociedad y se practique con la debida información, antes del consumo.

- 2) Reivindican **el libre mercado y la equidad en la producción, distribución y venta de las sustancias psicoactivas**. Mientras algunos autores son muy radicales y consideran que “solo” el mercado debe regular estas transacciones, otros autores abogan por diferentes grados de intervencionismo estatal en las regulaciones. Estos últimos aceptan que el Estado regule el consumo de las sustancias adictivas, del mismo modo que debe regular la práctica de cualquier conducta riesgosa para la salud individual (como son los deportes extremos, el porte de armas o el uso de venenos).

Sus argumentos pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- 1) Al haber libre competencia entre los laboratorios productores y comercializadores de las drogas, estos bajarían sus precios y los consumidores no se verían “asaltados” por los altos costos fijados por las mafias de traficantes.
- 2) Al haber producción controlada por parte de los laboratorios, las drogas no se adulterarían con sustancias tóxicas, y al tener certificación química disminuirían las muertes de los consumidores.
- 3) Los lugares autorizados para vender drogas –a demanda– a mayores de edad serán accesibles si los consumidores dejan registrados sus datos (identidad, domicilio, teléfono, familias) a fin de controlar quiénes son los que las usan y facilitarles las medidas de deshabituación y rehabilitación.
- 4) El Estado podría recaudar altos impuestos por la venta de las diversas drogas, sea mediante plantas propias de producción, o la autorización dada a las empresas farmacéuticas reconocidas y establecidas legítimamente en el mercado. El dinero obtenido sería volcado a campañas masivas para inhibir el consumo de drogas, o para fortalecer tanto a las instituciones públicas o a las de gestión privada de rehabilitación o deshabituación de los adictos.

- 5) Al haber producción nacional legítima, en equidad de condiciones y sin monopolios, disminuirá el tráfico criminal y mafioso a nivel nacional.
- 6) El Estado tendría que gastar menos dinero en la represión del tráfico ilícito de drogas, y podría volcar ese dinero a programas educativos, preventivos, disuasivos o rehabilitativos.
- 7) Disminuirían los adictos proclives a delinquir porque no necesitarán grandes sumas de dinero para acceder a la droga. Consiguientemente disminuirá el número de presos en las cárceles. Por el contrario, al desaparecer el negocio fácil de la re-venta de drogas psicoactivas en el mercado ilegal, menos jóvenes buscarían lucrarse con ese negocio, y se sentirían motivados a capacitarse laboralmente en otros sectores de la economía.
- 8) El presumible aumento del número de consumidores podría contrarrestarse con medidas masivas de persuasión para evitar el consumo de drogas y medidas de información sobre el riesgo de su uso.
- 9) El Estado no debería permitir que las farmacias vendan drogas a menores o enfermos psiquiátricos.

### **Medidas paliativas del daño**

Los defensores de la política liberalizadora, frente al hecho de que los países no han aprobado políticas de liberalización completa, han buscado *medidas intermedias* para paliar los males del consumo de drogas. Este enfoque ha sido identificado como “**minimización del daño**”. Asume que la droga tiene malas consecuencias para los individuos pero que, dado que la erradicación de estas preferencias subjetivas de entretenimiento es “poco menos que imposible” y no hay políticas enteramente liberalizadoras, el Estado debe buscar paliar de la mejor manera posible el perjuicio en la salud individual de los adictos.

Típico ejemplo de estas estrategias minimizadoras de daño, son los programas especiales que proporcionan jeringas gratuitas, o metadona para los que quieren dejar de consumir y no quieren experimentar el síndrome de abstinencia. La metadona, aún cuando no garantiza que los adictos dejen la heroína (según ciertos informes

esto no sucede así en el 97% de los casos) (Bean, 2010, p. 37) los que permanecen adictos a la metadona consumen una droga que es menos dañina que la heroína y está controlada por el Estado.

**Tabla 1.** Comparación entre Suecia y Australia

	<b>Suecia</b>	<b>Australia</b>
Prevalencia de uso de drogas (entre 14 y 29 años)	9%	52%
Uso de heroína por millón de personas	500	5000-16000
Porcentaje de dependientes en menores de 20 años	1,5%	8,2%
Pacientes que usan metadona por millón	50	940
Muertes por sobredosis por millón	23	46
% de todas las muertes en menores de 25 años	1,5%	3,7%
Delitos por millón	3100	1000
Promedio de meses en prisión por causa de droga	20	5
Crímenes por millón de población	51000	57000
Casos acumulados de Sida por millón	150	330

*Fuente:* Sullivan (1999).

La posibilidad de que esta política tenga como resultado una mayor prevalencia del uso de la droga entre los miembros de la sociedad es evaluada como productora de un daño “menor” en relación a las muertes y a la delincuencia colateral al tráfico.

***País de referencia: Australia*** (Sullivan, 1999)

El concepto de “minimización de daño” fue el aplicado en Australia (Sullivan, 1999) a partir de los años ochenta con la intención de que el drogadicto individual se perjudicara lo menos posible cuando se drogaba. Esta política resultó en un significativo aumento del número de adictos australianos.

Las políticas educativas de Australia se definieron como la enseñanza de la “Droga segura” o del “uso seguro” de drogas; mientras que la abstinencia no se promovió directamente, ni tampoco se insistió en la incorporación de los adictos a los programas de deshabitación y rehabilitación. El mensaje que solía dar la estrategia “liberalizadora” australiana era: “si has optado por consumir, hazlo de forma ‘segura’”. De hecho, muchos estudiantes australianos estaban convencidos de que el alcohol y los cigarrillos son más peligrosos que la *cannabis*.

Las políticas educativas en Australia dieron a entender a los jóvenes que el único efecto colateral de la heroína era la constipación y su uso era presentado como una “opción normal” desde el punto de vista psicológico. Algunos programas educativos insistían en la necesidad de “hacer nuestras propias elecciones” respecto al consumo, de tal manera que la decisión de algunos individuos de no consumir droga alguna se presentaba –en cierta manera– como excéntrica o minoritaria para los programas masivos de propaganda a favor del consumo “seguro”.

**Tabla 2.** Comparativa de políticas

	<b>PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑO</b> (aspecto parcial de las políticas liberalizadoras)	<b>POLÍTICAS CONTROLADORAS</b>
<b>OBJETIVO</b>	Minimización de daño individual. Canalizar consumo “seguro”.	Abstinencia y control. Impedir nuevos adictos. Deshabitación de los antiguos consumidores.
<b>MEDIO PSICO- ÉTICO</b>	Incentivar opción “libre” y “racional” de la droga. Droga “aceptable” si se usa de forma libre, consciente y segura.	Se resaltan daños y perjuicios causados al individuo y a la sociedad. Se estimula el “miedo” a la droga en toda la población.
<b>PROGRAMAS ASISTENCIA</b>	Proporcionan jeringas y metadona de forma masiva.	Asistencia para deshabitación en casos determinados.
<b>PUBLICIDAD</b>	Informan/seducen para usar la droga “segura”.	Informan/seducen para lograr aversión a las drogas “siempre riesgosas”.
<b>PENAS</b>	Se rebajan para no aumentar dolor/sufrimiento al drogadicto individual.	Se aplican con rigor para inhibir al adicto y a los que pueden entrar.

En dichos programas el reparto de jeringas no se utilizaba como condición sanitaria previa a entrar en un plan de tratamiento de deshabitación y rehabilitación, porque eso no era considerado prioritario en las políticas de minimización del daño aplicadas en Australia. Por otra parte, la libre disposición de jeringas no impidió que estas se compartieran y aumentó el contagio de Hepatitis C. A pesar de que en Australia los adictos disponían del acceso libre a la metadona, las muertes por sobredosis de drogas resultaron incrementadas.



## Balance de las políticas

De hecho, los gobiernos utilizan políticas entremezcladas: en parte liberalizadoras y en parte controladoras; y esa es una de las razones por las que no es fácil una comprobación empírica de la eficacia de las políticas empleadas. Algunas políticas liberalizan ciertas drogas pero reprimen otras, o aplican la llamada reducción del daño para algunas conductas pero no para otras, etcétera.

Por otra parte, sucede que las políticas más efectivas en **el control y disminución del consumo** generalizado, pueden tener una pobre eficacia en cuanto a minimizar el daño individual causado en los drogadictos ya consumidores.

Por el contrario, las políticas más efectivas en **minimizar el daño auto-infligido** por el adicto y el daño social, pueden –como contrapartida– hacer crecer el número de los consumidores habituales.

Esta paradoja puede verse, en cierta manera, con los resultados que hemos mostrado a propósito de las políticas aplicadas en el caso de Suecia y Australia antes detallados. Pero dado que Australia no aplicó una política liberalizadora completa, sino simplemente un programa de reducción de daño, no deben considerarse los datos del cuadro de resultados como concluyentes. Y menos aún, pueden considerarse repetibles –sin más– en otros países.

Por otra parte, el contenido concreto que cada sociedad da al **concepto “daño”** de los individuos y de la sociedad en su conjunto, es diferente; y esa ambigüedad conceptual alimenta las polémicas permanentes que se suscitan sobre la conveniencia o no de la adopción de programas de minimización de “daño” individual.

Las políticas tradicionalmente admitidas de control del tráfico y acceso a las drogas ilegales dependen de la potencia del aparato estatal para efectivizar ese control. Como parte de este enfoque, la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1998) se propuso movilizar la cooperación internacional para que en el año 2008 se redujera, significativamente, la demanda y la oferta de droga en los diversos países. No hay evidencia de que esta opción de la comunidad internacional de ilegalizar y reprimir cierto tipo de drogas psicotrópicas haya tenido resultados realmente significativos (Barbor et al., 2010, p. 259).

## REFLEXIONES FINALES

El fenómeno del consumo de drogas psicoactivas con fines recreativos es tan viejo como el consumo de alcohol, de tabaco o de psicotónicos naturales en numerosas culturas. Sin embargo, el problema que suscitan las adicciones modernas es multifactorial y tiene que ver con:

- La aparición de sustancias químicas cada vez más eficientes en su potencialidad para generar sensaciones placenteras.
- La liberalización de las costumbres y la relativización de los valores.
- La fragmentación y falta de socialización de los valores en el seno de la familia.
- La pérdida de sentido fundante de la vida y la desvinculación a comunidades de sentido.
- Trastornos psicológicos de la voluntad en los individuos.
- Y con el accionar del crimen organizado para eludir las prohibiciones legales.

Luego de la exposición de las dos perspectivas de aproximación a la adicción y a los adictos, permítasenos formular un balance reflexivo, que no busca ser definitivo pero que trata de formular una articulación de diferentes derechos y deberes, tanto de los individuos como de las instituciones del Estado:

**1. Primer balance: Desde la Perspectiva Sanitaria**, consideramos que el Estado deberá poner los medios adecuados para que el **drogadicto pueda salir de su adicción y reincorporarse a la vida social, de forma consciente y haciéndose capaz de controlar su compulsión a drogarse**. Para eso, el Estado podrá utilizar los recursos educativos y organizacionales necesarios para que los individuos conozcan los serios riesgos de utilizar sustancias químicas para la recreación, y podrá instrumentar suficientes instituciones de rehabilitación para todos aquellos que quieran abandonar las adicciones.

Esta propuesta ética está fundamentada en el deber del Estado de proporcionar a los individuos los medios adecuados para que estos puedan libremente gestionar su salud y recuperarla cuando por diversas causas la hayan perdido.

2. **Segundo balance: Desde el punto de vista jurídico-económico y policial**, el Estado deberá garantizar tres derechos diferentes y complementarios de lo que enunciamos en el primer balance:

a. El primer derecho es **al acceso voluntario a las drogas químicas certificadas**, de quienes deciden, consciente y libremente usarlas para su recreación personal.

Esta segunda conclusión está fundamentada en que los individuos tienen el derecho a decidir sobre sí mismos, el placer que quieren para sí mismos, siempre y cuando no perjudiquen a terceros. El Estado puede permitir que el individuo adopte conductas riesgosas para su propia salud, siempre y cuando lo haga con conciencia y libertad; pero no puede imponer al individuo una determinada forma de cuidado de su salud, una determinada forma de inhibir riesgos o de valorar placeres personales.

b. El segundo derecho es **el libre mercado y la equidad de derechos para la producción, industrialización y comercialización de las drogas para uso recreativo**. Consiguientemente, el Estado deberá permitir que empresas reconocidas y legales puedan ofrecer los productos riesgosos requeridos por los individuos (del mismo modo que se comercializan armas, pólvora, venenos, equipos para deportes de alto riesgo vital, etcétera).

c. **El tercer derecho** es a la seguridad física de los ciudadanos cuando esta resulta amenazada por **adictos compulsivos** o por **mafias organizadas** de delincuentes. Para eso podrá poner a disposición de la Justicia y de la policía los medios legales o represivos necesarios para inhibir a los delincuentes.

El fundamento de este deber es que el Estado debe evitar que ningún individuo u organización atente contra la integridad física o contra bienes que pertenecen legítimamente a terceros.

Consiguientemente, el Estado deberá utilizar todos los recursos represivos de la policía para inhibir el narcotráfico o la venta de sustancias a menores de edad o deficientes mentales.

Pero, dicho lo anterior, quedan numerosas preguntas sin responder ante esa complejidad de factores intervinientes:

1) **¿Cómo contrarrestar la actitud hedonista de los individuos que es una causa de primer orden en las adicciones?** En la cultura occidental actual se pueden ver elementos predisponentes a la droga, muy difíciles de contrarrestar. Quizá el más importante sea el carácter hedonístico y consumístico de nuestra cultura. Esto implica una permanente actitud de búsqueda de **placer fácil y rápido**; a su vez, sustituible por otros nuevos y diversos. Por el contrario, hay una huida a todo género de sufrimiento, esfuerzo o sacrificio. En ese sentido, las sustancias psicoactivas son artefactos que satisfacen el deseo de placer rápido e inmediato y ayudan a huir de los dolores ineludibles de la existencia. Esta actitud hedonista ¿no baja el umbral de percepción de riesgo y no expone a los individuos a subestimar el peligro de las drogas químicas de tal manera que lo convierte en incapaz para situarse de forma verdaderamente libre ante dichas conductas riesgosas? Por otra parte, el combate a la drogadicción depende de que los individuos adquieran una vivencia más integral, y antropológicamente realista, tanto del placer como del dolor, ¿cómo lograrlo?

2) **¿Cómo contrarrestar el déficit de sentido de la vida y la falta de pertenencia a comunidades “sanas”?** La no pertenencia a comunidades donde el individuo pueda encontrar sentido positivo a su existencia y experimentar que su vida es útil y digna de estima, juega un papel preponderante en la inducción al consumo de drogas. Esta ausencia de pertenencia es particularmente acuciante entre los jóvenes. La ausencia de ideologías altruistas, la deseclesialización sociológica y las dificultades en la inserción laboral, son otros factores favorecedores del sin sentido o “intemperie” de sentido de la vida. Es evidente que el problema de los adictos a drogas –favorecido por un discontrol psicoafectivo de la voluntad– se agrava por la pertenencia a grupos en los que sus “colegas” también carecen del sentido necesario para proyectar la vida productivamente. Esa carencia ¿no disminuye gravemente la voluntad de los individuos?, ¿no menoscaba seriamente su libertad y lo hace vulnerable a no ponderar libre y responsablemente los riesgos de probar sustancias químicamente perjudiciales? ¿Cómo evitarlo?

3) **¿Cómo contrarrestar el déficit de la familia y su patología vincular?** Los vínculos con la madre y el padre son predisponentes clave en el favorecimiento de la adicción. Se dice que en la familia del adicto siempre hay un padre afectiva y

socialmente distante del hijo y de la madre (Fernani, 1994, p. 23). Simultáneamente, se señala que detrás de un adicto, suele haber una madre carente del afecto de su esposo, que convierte a su hijo en su pequeña “droga”; y entabla con él una dependencia y una actitud de “nutrir” permanentemente las demandas de su hijo. Con esto, el niño se acostumbra a no tolerar las frustraciones. Y como no encuentra en el padre, su referencia de valores y conductas, lo busca en la “barra” de amigos, que se vuelven para él la “ley” que no encontró en su casa. Sea o no sea correcta la anterior interpretación, es claro que la socialización temprana de valores, conductas y hábitos de vida es fundamental cuando se trata de contrarrestar la turbación interior que experimenta el joven cuando pierde las referencias familiares y no aprende a soportar las frustraciones propias de la vida. ¿Cómo impedirlo?

4) **¿Cómo contrarrestar los contextos sociales delictivos y el lucro económico que suscitan?** La delincuencia internacional organizada en torno a la droga genera conductas éticas y legales altamente perjudiciales pero sumamente lucrativas. Se considera que el narcotráfico es el segundo “negocio” más rentable del mundo, luego del tráfico de armas. Las naciones del mundo buscan por todos los medios controlar el llamado “lavado de dólares” producido por las mafias organizadas por la producción y tráfico de drogas. En nuestra sociedad capitalista el lucro y la codicia de dinero parecen ser el ídolo adorado por amplios sectores de nuestra sociedad. ¿Cómo evitar que las pingües ganancias que da el narcotráfico no tiente a los jóvenes y medianos de una forma incoercible? ¿Podrá la libre producción y comercialización de las drogas químicas evitar que los narcotraficantes sigan tentando a los menores de edad, a los que el Estado no permitiría que se les vendiera legalmente la droga?

La adecuada respuesta a las preguntas antes formuladas es decisiva para poder construir una sociedad donde sus ciudadanos puedan evitar la compulsión irresistible y coactiva a las sustancias psicoactivas. Para responderlas, se necesita la conjunción de la medicina, la psicología, la antropología, la religión, la educación, la política, las empresas, la policía y el ejército. Si se excluye algunas de estas dimensiones de la persona humana, creo que seguiremos patinando en el mismo lugar, **sin resolver armónicamente las dos perspectivas que hemos indicado a lo largo de este trabajo y los diferentes derechos que ellas reivindican.**

## REFERENCIAS

- Barbor, T. et al. (2010). *Drug Policy and the public good*. Oxford: University Press/ Pan American Health Organization.
- Bean, P. (2010). *Legalising drugs. Debates and dilemmas*. Portland: The Policy Press.
- Ciccione, L. (1986). *Salut & Malattia. II*. Milan: Ed. Ares.
- Fernani, A.J. (1994). *La familia pre-adictiva*. Buenos Aires: Paulinas.
- Flecha, J.R. (1999). *La fuente de vida*. Salamanca: Sígueme.
- Forbes. (2013). *Forbe's World's Most Dangerous Sports*. Recuperado de <http://www.forbes.com/2002/08/07/0807sport.html>
- Picchi, M. (1995). *Proyecto hombre. El programa terapéutico para drogodependientes*. Bilbao: Mensajero.
- Sullivan, L. (1999). Performance Indicators of Harm Minimisation: Drug Policy Outcomes in Sweden, Australia, and the United States. *Bioethics Research Notes*, 11(4), 37-39.