

# Los paradigmas de prevención de consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas y la escena preventiva estatal chilena

## Prevention of drugs consumption and/or abuse paradigms and government policy in Chile

Dr. Sergio Sánchez Bustos<sup>1</sup>

### Resumen

---

Se resumen los modelos de prevención de abuso y/o consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, comparando sus bondades desde una óptica sanitaria. Se ejemplifica con el caso chileno, del que se muestra brevemente su historia en los últimos lustros. Se analizan sentidos de las políticas al respecto. Se concluye que el mejor modelo es de reducción de daños, por considerar aspectos mayormente aspectos sanitarios y éticos inherentes a la condición humana.

*Palabras clave:* reducción de daños, sociedad libre de drogas.

---

### Abstract

---

The prevention of illicit psychoactive substances consumption and/or abuse models are summarized, comparing their effectiveness, from a sanitary viewpoint. The Chilean case is used as an example, and a brief historical review covering the last twenty years is shown. The political meanings of those policies is analyzed. It is concluded that *harm reduction* is the best model, because it considers the ethical and health aspects inherent in human nature.

*Key words:* Harm reduction, Free of drugs society.

---

## INTRODUCCIÓN

Las sustancias psicoactivas se usan de diversos modos en la actualidad. Hay usos rituales, sagrados, terapéuticos, recreacionales, etc. Las sociedades occidentales cristianas han establecido modos socialmente aceptables de uso, que se traducen en modelos conceptuales altamente elaborados que son llamados paradigmas de prevención de consumo y/o abuso. En el sentido crítico que Thomas Samuel Kuhn acuñara: "En su uso establecido, un paradigma es un modelo o patrón aceptado" (1) por una comunidad científica que podría servir como fuente de renovación de ejemplos cada uno de los cuales podría perpetuar el modelo. La conjugación de verbos permite desarrollar muchas veces el modelo de la conjugación, pero la mayoría de las veces con verbos que significan algo diferente.

Pero "En lugar de ello, tal y como una decisión judicial aceptada en el derecho común, es un objeto para una mayor articulación y especificación en condiciones nuevas o más rigurosas". (1) Es decir, el paradigma rara vez deja lugar a la renovación de sus contenidos, transformándose en un conjunto que orienta con o sin reglas el desarrollo de la ciencia.

---

*Recibido el 19 de mayo 2009. Aceptado el 11 de junio de 2009.*

1 MD.MPH.MBA Dr © Ciencias Sociosanitarias y Humanidades Médicas. Correspondencia a: sergiosanchezb@gmail.com

A modo de justificación, habría que añadir que la construcción social de dichos paradigmas, ha sido alimentada por fuentes científicas, morales y grupos económicos, religiosos y políticos diversos. Sin embargo, el resultado final de esta mixtura discursiva se comporta como si fuera un predicado normativo y reduccionista de las investigaciones y discursos en torno al mismo, de manera tal que se obtienen básicamente propuestas prohibicionistas con mayor o menor grado de permisividad de consumo de acuerdo a los usos sociales de las mismas.

Se puede decir, por tanto, que las sociedades han desarrollado diversas formas de organizar el control del consumo, producción y comercio de sustancias psicoactivas, que pueden describirse básicamente en torno a tres enunciados paradigmáticos:

1. Sociedad libre de drogas.
2. Menor daño posible.
3. Permisividad del consumo

A continuación se reseña una breve descripción de cada uno, que servirá de base a la contextualización de una opinión sanitaria fundada en dichos antecedentes.

### **Sociedad libre de drogas**

También denominado "Abstencionismo", "Prohibicionismo" o "guerra contra la droga" por fuentes más coloquiales, este complejo sistema de creencias, fundamenta su ámbito de acción en la extirpación social total de toda forma de consumo, producción y comercio de cualquier sustancia psicoactiva no legalizada de uso masivo que produzca daños en el ámbito individual, familiar y social. Su raigambre histórica se encuentra en la famosa ley antialcoholes Harrison (EE.UU, 1919), que durante 13 años prohibió el consumo, venta y comercio de alcohol etílico, exceptuando la supervisión médica del mismo. Su estrepitoso fracaso su avizora el destino de la prohibición, es decir, a mi juicio, el fracaso; la convención única de 1961 y el convenio internacional de Viena de 1971, que con sus 4 listas de sustancias "estupefacientes"<sup>2</sup> y "psicotrópicas"

2 Este adjetivo calificativo viene del francés stupéfiant; que combina las palabras stupidité y faire, cuyos homólogos españoles son el adjetivo estupidez y el verbo hacer: literalmente traducido a coloquial quedaría en sustancia hace- estúpidos o estúpido-hacedora

prohibidas, respectivamente, enmarcaron, hasta el día de hoy, la forma de la discusión respecto a las políticas de prevención y sus alcances.

En resumen, este enfoque replica la fracasada ley Harrison, intentando impedir el consumo y producción de sustancias psicoactivas ilegales en la población, al tiempo que intenta detener el enriquecimiento a partir de la comercialización de las mismas, por considerarlas todas actividades peligrosas para la integridad de la misma y de sus instituciones organizadas. Para esto genera instrumentos legales que permiten enjuiciar y encarcelar a quienes infrinjan la ley, de manera tal que pueden pasar por el sistema carcelario por posesión, consumo, cultivo, compra y venta minorista, así como por actividades asociadas al comercio masivo.

### **Menor daño posible**

De acuerdo el Observatorio Europeo de drogas y adicciones, "... la reducción de daños se refiere a las políticas o programas que se dirigen a reducir las consecuencias negativas resultantes del consumo de alcohol u otras drogas, tanto sobre el individuo como sobre la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia. Algunas estrategias de reducción de daños diseñadas para lograr un uso más seguro de las drogas podrían, sin embargo, preceder a intervenciones posteriores para lograr la abstinencia total."<sup>(2)</sup>

Son ejemplos de reducción de daños la provisión de jeringas desechables para reducir el hábito de compartir material de inyección entre los usuarios de drogas por vía parenteral, o el uso de vasos plásticos para reducir las heridas durante las peleas en los bares.

El término reducción de daños empezó a ser utilizado ampliamente a partir de los "intentos de detener la extensión del HIV, proporcionando material de inyección estéril a los usuarios de drogas por vía parenteral en los primeros años de la década de los 80" (2).

Además, se indica que: "... pueden ser usadas para lograr un menor riesgo en el uso de drogas como un paso intermedio en el proceso hacia el logro de una abstinencia total, ...".<sup>(2)</sup> La definición de reducción de daños en sentido amplio permite que los programas orientados a la abstinencia puedan ser considerados como reductores

del daño si se dirigen a disminuir las consecuencias del abuso de sustancias psicoactivas ilícitas en lugar de sólo eliminar el uso, y si no son coercitivos o punitivos en sus planteamientos. La reducción de daños como tal es neutral en relación a la mirada moral acerca de continuar consumiendo drogas o a la forma de enjuiciarlo y no debe ser considerado como un movimiento para legalizar, descriminalizar o promover el uso de drogas.

Este modo de enfrentar el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas enfatiza su acción en el consumidor minimizando los daños asociados al consumo para él, su entorno próximo y la sociedad, reconociéndolo como una persona que puede y debe ser considerada como un ser con autonomía para la toma de decisiones.

Este modelo se ha utilizado en el SENAME, llamándose: "Modelo comunitario de reducción de riesgos" y que pasará a revisar de manera sucinta a modo de ilustrar su campo de acción.

De acuerdo al programa CONOSUR, (1999, Chile), el modelo de reducción de daños se ordena en algunos postulados desarrollados que se refieren, en términos epistemológicos, al fenómeno como una alternativa "... de salud pública, frente a los modelos "moralista/criminalista" y "de enfermedad del consumo de drogas"(3), al centrarse en la disminución de los daños asociados al consumo más que a la sanción legal y moral asociada a su consumo, producción y comercialización. Sin embargo, "... reconoce la abstinencia como resultado ideal, pero acepta alternativas que reducen daños sin llegar a la abstinencia" (3), es decir, reconoce y tolera un consumo normal de sustancias psicoactivas.

Se dice que otra de las características de este enfoque de prevención, es el respeto por las libertades de las personas que se antepone a cualquier disposición colectiva que la resume, así, "... están posibilitando el pasaje desde una relación jerárquica hacia una horizontal complementaria, en la que los consumidores de drogas empiezan a ocupar roles activos en el proceso de ayudarse a sí mismos." (3) Se confía en la capacidad y juicio de la persona para decidir la cantidad y tipo de sustancias a consumir, no habiendo grandes sanciones contra el consumo y el "autoabastecimiento" (plantaciones para uso propio) del consumidor.

Este enfoque acepta tácitamente la existencia de drogas ilegales en la comunidad, al tiempo que se plantea la imposibilidad de eliminarlas por completo de la misma.

Otro ejemplo es el caso de la política de prevención de drogas holandesa, desarrollada en gran parte a partir del año 1972, pero basada en la convención del opio de 1919 y revisada en 2 ocasiones, 1928 y 1976, también ilustra este paradigma, cuyo objetivo se encuentra redactado así: "The objective of Dutch drug policy is to prevent and limit the risks associated with drug use, both to users, to their immediate surroundings and to society"<sup>3</sup> (4).

Con respecto a la forma de abordaje, se dice que: "'Harm reduction' is an important principle for Dutch drug policy. It concerns the prevention of drug abuse and the limitation of the risks and harm that drugs can cause - either for the user, his environment, or society as a whole."<sup>4</sup>(4)

Sin embargo, "The policy aims at: Limiting the demand for drugs (by active care and prevention); Limiting the supply of drugs (by combating organized crime); Limiting inconvenience to other citizens (by maintaining public order)"<sup>5</sup> (4). La política mentada se desarrolla de acuerdo a la premisa de que: "it is not possible to totally ban drug use by means of firm government policy"<sup>6</sup> (4) por lo cual "the government has formulated realistic aims."<sup>7</sup>(4), como el reducir el daño asociado al consumo de sustancias psicoactivas endovenosas.

Se plantea, además que: "Assistance could result in total abstinence, but also in an improvement of the social and medical condition or in harm reduction."<sup>7</sup>(4),

3 Traducción: "El objetivo de la política holandesa es prevenir y limitar los riesgos asociados al uso de drogas, tanto para consumidores, su entorno inmediato y la sociedad."

4 Traducción: "Reducción del daño es un principio importante de la política holandesa de drogas. Incluye la prevención del abuso de drogas y la limitación del daño y riesgos que las drogas puedan causar, tanto para el usuario, su ambiente, o la sociedad como un todo."

5 Traducción: "La política apunta a: Limitar la demanda por drogas (por cuidado activo y prevención); Limitar el suministro de drogas (combatiendo el crimen organizado); Limitar inconvenientes a otros ciudadanos (manteniendo el orden público)"

6 Traducción: "...no es posible prohibir totalmente el uso de drogas a través de una firma o significado de una política."

7 Traducción: "La asistencia podría resultar en la abstinencia total, pero también en una mejoría de la condición social o médica o en una reducción del daño".

enfaticando el resultado sanitario por sobre una visión criminalista o moral, pero sin desconocer la importancia de la persecución del crimen organizado en la política estatal: "Emphasizing the concerns of public health goes hand in hand with a strong prosecution policy towards the production of and trade in hard drugs"<sup>8</sup>(4). Pero se separan explícitamente los ámbitos sanitario y policial de diseño de políticas.

El rol salubrista del estado se enfatiza en otra parte del documento de la siguiente forma: "... in keeping with basic policy assumptions that public health concerns are central to drug policy, the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) is responsible for coordinating drug policy nationally."<sup>9</sup>(4)

Además se establece una diferencia legal entre drogas duras y cannabinoides, de acuerdo al daño que producen en el sujeto que las consume y su entorno. Esto, para segmentar el mercado de la demanda, y evitar así que el consumidor de cáñamo, entre en contacto con el "submundo" de las drogas duras, del siguiente modo: "Cannabis (in the form of marijuana and hashish) causes substantially fewer health problems than hard drugs (such as heroine, cocaine and synthetic drugs)."<sup>10</sup>(4)

En resumen este enfoque protege al individuo y comunidad de los riesgos asociados al consumo de drogas, enfatizando el autocontrol, la mantención de un ambiente saludable y el control del narcotráfico por sobre la criminalización del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, siendo por lo tanto un enfoque sanitario por excelencia antes que un método criminalístico psiquiátrico.

### Consumo controlado

Corresponde a un cuerpo de disposiciones legales que permiten su uso prácticamente de manera indiscriminada.

8 Traducción: "El énfasis en los asuntos de salud pública va de la mano con una fuerte política de prosecución de la producción y comercio de drogas duras"

9 Traducción: "En forma consistente con los supuestos políticos básicos que los asuntos de salud pública son centrales a la política de drogas, el ministerio de salud, bienestar y deportes (VWS) es responsable de coordinar la política nacional de drogas".

10 Traducción: "Cannabis (en la forma de marihuana y hachís) causa substancialmente menos problemas de salud que las drogas duras (como heroína, cocaína y drogas sintéticas).

Esta es la política que se le aplica a alcoholes, tabacos y a psicofármacos. El comercio y la producción son legales y pagan impuestos. Los productores son las tabacaleras, destilerías y laboratorios de medicamentos. Los distribuidores son los puntos de venta autorizados por la autoridad municipal y los gabinetes de los médicos que indican su consumo. El regulador, el Estado posee políticas, control de patentes de expedio de alcohol, receta médica, ley de tabaco, entre otras. Esta política funciona en casi todo el mundo occidental. Esta política incluye a las sustancias que controla entregándoles un manto de legalidad, en relación al resto de los psicoactivos.

### Escenario en Chile

En Chile, una vez acabada la dictadura, en 1990, se institucionalizó un discurso público desde el estado que demonizó el consumo, posesión, compra, venta y cultivo de cualquier sustancia psicoactiva ilegal, siguiendo la tendencia internacional dominante. Durante el gobierno de Patricio Aylwin se creó el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE)<sup>11</sup>, bajo la dependencia administrativa del Ministerio del Interior.

Este organismo funcionaba como un consejo asesor presidencial en materias de "prevención y tratamiento" de drogas. Los organismos que están, a su vez, representados en este consejo son:

Ministerios de: Interior, Relaciones Exteriores, Hacienda, Planificación y Cooperación, Educación, Justicia, Trabajo y Previsión Social, Salud, Servicio Nacional de la Mujer, Subsecretaria del Interior, Comandante en Jefe del Ejército de Chile, de la Armada de Chile, de la Fuerza Aérea de Chile, Director General de Carabineros de Chile, Director de la Policía de Investigaciones de Chile, Consejo de Defensa del Estado, Director de Oficina de Seguridad Pública, División de Seguridad Ciudadana del Ministerio del Interior, Director Nacional del Servicio de Impuestos Internos, Director Nacional del Servicio de Aduanas, Consejero Asesor Jurídico, Consejero Representante del/la Presidente de la República y Secretaria Ejecutiva del CONACE.

<sup>11</sup>Existe desde el 21 de septiembre de 1990, cuando, mediante el decreto n° 683, se crea el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, como un comité de carácter interministerial asesor del Presidente de la República.

Sin necesidad de ser exhaustivo en el análisis 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 las principales aristas que explican el tratamiento del fenómeno a nivel de los medios de comunicación masiva.

Para el CONACE, las drogas son un enemigo público a combatir. De acuerdo al documento denominado: "Estrategia Nacional sobre drogas 2003-2008", "...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" lo que se traduce en un "...compromiso de trabajo permanente orientado a impedir la producción de drogas..., la utilización del sistema económico financiero para el lavado de activos, así como perseguir los demás delitos conexos vinculados a la problemática de las drogas y las organizaciones criminales transnacionales". (5) Esto se enmarca en el acuerdo de 1998, firmado por Chile y Naciones Unidas para combatir el fenómeno a nivel planetario.

Esta es la postura de la "sociedad libre de drogas", que se traduce, en Chile, en: "Reducir el consumo y el tráfico de drogas hacia el año 2008, estableciendo cinco (sic) metas globales:

- a. Disminuir la prevalencia anual de consumo de marihuana en la población menor de 18 años.
- b. Disminuir la prevalencia anual de consumo de cocaína en población general.
- c. Disminuir la prevalencia anual de consumo de pasta base en población joven de niveles socioeconómicos bajos.
- d. Disminuir la disponibilidad de drogas ilegales en el país.
- e. Disminuir la producción de drogas, sean éstas naturales o sintéticas.
- f. Disminuir el uso ilícito y desvío de sustancias químicas esenciales. Para las metas referentes al consumo, se consideraron como línea base las cifras registradas en 2002." (sic) (5)

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" (5), no se las consideró parte del ámbito de acción de CONACE, hasta la campaña 2005-2006: "*Olvidate del alcohol y las drogas. Te lanzamos este consejo con fuerza... Tómalo si quieres*". Esta es la primera mención al alcohol como sustancia psicoactiva potencialmente peligrosa y a prevenir su abuso que aparece en el repertorio CONACE. El enfoque usado en el mensaje es reduccionista. Aquí se revela una característica de la prevención prohibicionista y es que sólo considera peligrosas a las drogas ilegales: el alcohol no es malo, o lo es solo después de 15 años de discurso exclusivamente basado en las sustancias ilegales. Después de todo, se trata de una sustancia legal que paga impuestos, aunque esté involucrada en la segunda y tercera mayores causas de carga de enfermedad en hombres, después de las alteraciones congénitas, (que son legalmente, inevitables), mediante su participación en dependencia del alcohol y accidentes de tránsito. Este es un dato de 1993, contemporáneo de la creación del CONACE, en 1990 (6).

La ley 20.000, se transforma en el corpus textual que sostiene toda la política. Es un texto que explicita sanciones y conductas a sancionar en cada detalle que en las conferencias y acuerdos internacionales se han acordado. Transforma al consumidor en delincuente y, al igual que la ley Harrison en su momento, favorece la aparición de un mercado negro para la producción, distribución y transacciones de estas sustancias, que la misma ley contempla, asegurando una sanción para ellas también.

Explícitamente, se nos asegura que el diseño de políticas y el resto de actividades de prevención y tratamiento<sup>12</sup> son: "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." (7)

<sup>12</sup>En mayo de 1993, se publica el texto de la política y el plan nacional, en el que aparece como objetivo general. En sitio web de CONACE.

Este objetivo define el camino a seguir por el estado para enfrentar el consumo de drogas ilícitas en la comunidad planteando además las bases de lo que será la representación oficial del sujeto de prevención de consumo: un enfermo psiquiátrico, dejando poco espacio para que el consumidor recreacional aparezca como un sujeto sano en la comunidad, conduciendo por intrincados caminos epistemológicos internos que se expresarán en frases como “échate ají en los ojos” o “huele este rico aroma”.

### Situación epidemiológica chilena

Según el V Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile, “la prevalencia del consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, pasta base, LSD, peyote, éxtasis, etc.) en la población general es de 5,68%, siendo la droga más consumida la marihuana, con una tasa de consumo de 5,17 por cada 100 individuos” (8).

Según el VII Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile (2008), del CONACE (2), la prevalencia de consumo en el último año de pasta base o cocaína es de 1,5%, manteniéndose estable en los últimos años. La prevalencia del consumo de marihuana ha aumentado<sup>13</sup> a 7%. Las demás sustancias aparecen con escasa representación: “Los alucinógenos marcan 0,3% en 2006, mientras que el consumo de éxtasis, crack, inhalables y heroína no sobrepasan el 0,1% de prevalencias de último año y ninguna de éstas muestra una tendencia a aumentar” (9).

Según el mismo estudio, el consumo de psicofármacos sin prescripción médica ronda el 3,5 %.

El mayor consumo de marihuana se encuentra en jóvenes mayores de 18 años y con familias de altos ingresos (superiores al millón de pesos): “en el Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General el aumento en el consumo de marihuana se observa mayoritariamente en la población de jóvenes mayores de 18 años y de familias con mayores ingresos económicos” (9).

Asimismo, “...en la educación superior puede verse también en la evolución de la prevalencia de último año que se ha incrementado desde 16% hasta 21% en los últimos cuatro años...” (9). Es decir, 1 de cada 5 universitarios se declara consumidor de marihuana en el último año.

Respecto a drogas legales, los resultados del VII estudio nacional de drogas en población general muestran que para tabaco y alcohol, el consumo permanece estable, en 29% “...uso diario de cigarrillos (20 o más días en el último mes)... Las prevalencias de último mes, por ejemplo, oscilan entre 39% y 41% en los últimos doce años...” (VII) y para alcohol “...alcanzan al 2,5% de la población que reconoce tomar alcohol todos o casi todos los días... aumenta progresivamente con la edad hasta alcanzar 4,7% entre los mayores de 45 años...” (9). Mientras que “...la prevalencia de último mes, la que no ha variado en el último bienio manteniéndose alrededor del 56%...” (9). En cuanto al abuso del consumo, el estudio indica que “...el abuso de alcohol en Chile se ha mantenido estable en el período 2002 – 2006 en torno a una tasa de abuso de 13%.” el abuso de alcohol en Chile se ha mantenido estable en el período 2002 – 2006 en torno a una tasa de abuso de 13%” (9).

Respecto a la asociación delictiva, se dice: “La población general de 12 a 64 años que ha sido afectada por detenciones a causa de consumo de alcohol o drogas ilícitas alcanza al 2,9%.” (9) Otra manifestación frecuente, perder trabajo o estudios, se dice “... declaraciones de despido del trabajo o abandono de estudios a causa del uso de drogas ilícitas o alcohol, por su parte, alcanzan al 0,4%...” (9) y además “...13% de adolescentes comprometidos en el uso de cocaína ha abandonado sus estudios en el último año, lo que muestra la estrecha relación entre drogas y deserción escolar.” (9) Esto es bastante discutible. Habría que identificar primero las condiciones asociadas al consumo y descartar que sean las mismas que influyen en el cese de prosecución de estudios.

Respecto a las relaciones con accidentes, “...el 1% de la población de 12 a 64 años reporta haber sufrido accidentes de tránsito, laborales o domésticos a causa de las drogas ilícitas y alcohol...” (9).

Cuando se desagrega el consumo por sexo, se ve “...una relación de casi 1:2 (por cada declaración femenina hay

<sup>13</sup>Los resultados del Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile indican que la prevalencia de último año de consumo de marihuana es de 7,0%, la que se compara con el 5,3% que se obtuvo en el estudio anterior.” (VII estudio nacional de drogas en población general)

solamente un poco más de dos masculinas)" (9), siendo la prevalencia de consumo de último año de 9,9% para los hombres y de 4,2% para las mujeres.

## CONCLUSIONES

Las políticas que enfrentan el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo son tres:

1. Permisividad del consumo.
2. Reducción de daños.
3. Sociedad libre de drogas.

La primera, permite el consumo de alcoholes, tabaco y psicofármacos. La ley les entrega un manto de legalidad que favorece su comercio y su regulación. Se sanciona el abuso solo en relación a faltas al orden social establecido, como el respeto por el aire compartido (prohibición de fumar en espacios cerrados), ebriedad, en caso de faltas al orden público (ofensas a la moral) o infracciones a la ley de tránsito, y consumo o tráfico de psicofármacos sin prescripción médica. Este enfoque mantiene una fuerte carga impositiva sobre el comercio de estas sustancias, en el caso del tabaco, sobrepasa el 70% del precio de venta al público. Este factor financiero se complementa al mismo tiempo con aspectos relacionados al pago de franquicias por concepto de uso de marcas (Trade mark) que favorecen y fortalecen conductas monopólicas por sobre los psicoactivos ofrecidos.

La segunda, se restringe a las sustancias que la primera política deja fuera, esto es, sustancias psicoactivas ilegales. En este modelo de política pública se permite al ciudadano el consumo intencionado con fines recreativos o terapéuticos de sustancias que se encuentran en las listas de sustancias psicoactivas prohibidas por las convenciones internacionales que ha organizado Naciones Unidas (Convención Unica de 1961 y el Convenio Internacional de Viena de 1971); pero solamente algunas sustancias, comúnmente las menos dañinas, como el cannabis.

Es la política sanitaria para enfrentar el consumo de sustancias psicoactivas por excelencia: permite su uso, entrega atención médica a quién siente que la necesita, genera condiciones sanitarias para que los consumidores de drogas endovenosas no se infecten ni contagien con enfermedades venéreas, tolera el autoabastecimiento de marihuana (autocultivo), no castiga su consumo con

medidas judiciales ni carcelarias e incluso permite la existencia de puntos de venta que contribuyen con sus impuestos al erario nacional. Son los conocidos casos de Holanda, India, Jamaica, Alemania, España, Argentina y otros; todos ellos aplican de alguna manera las medidas antes mencionadas

La tercera, llamada "Abstencionismo" o "Sociedad libre de drogas" o "guerra contra la droga" o miméticamente con la política enunciada en 2, "reducción de la oferta", ejemplificados en EE.UU, Chile, México, Cuba, y gran parte del resto del mundo, consiste básicamente en prohibir el consumo, transporte, comercio y posesión de cualquier sustancia psicoactiva que aparezca en las listas de sustancias prohibidas mencionadas. Este modelo lleva a algunas consideraciones ilustrativas de la magnitud del impacto social que genera:

1. Psiquiatrización del consumidor, que básicamente pretende significar que quién consume estas sustancias en un enfermo mental, porque nadie en su sano juicio consumiría algo tan perjudicial.
2. Criminización del consumidor, porque quién consume, quebranta la ley (ley 20.000 en el caso chileno), y de ese modo se transforma en un eventual convicto.
3. Dado que no reconoce que el consumo es una actividad practicada normalmente, deja sin regular el "mercado", permite conductas oportunistas, deja sin cobrar impuestos, altera la calidad del producto. etc.
4. Bajos estándares de calidad de las sustancias que se proveen para el consumo.

Así puestas las cosas, está claro que los únicos enfoques que permiten al estado proteger en cierta medida a los ciudadanos consumidores son los paradigmas listados en 1 y 2, dado que regulan su consumo, favorecen la venta de productos de mayor calidad y ofrecen asistencia sanitaria al proceso de producción, compra, venta, consumo y eventualmente, consumo excesivo.

Además considera al ciudadano como un ser autónomo, capaz de tomar sus propias decisiones en materias que conciernen a su cuerpo, y no un interdicto que no sabe lo que hace y al que hay que poner bajo un tutor, psiquiatría mediante, que le permita enfrentar la vida desde la disciplina moral. Esto es fundamental para definir las

relaciones entre el estado y sus ciudadanos en el futuro inmediato.

## Referencias

1. Kuhn T.S. *La estructura de las revoluciones científicas. Capítulo III: Naturaleza de la ciencia normal*. Ed Fondo de cultura económica. 2004.
2. C. Alonso Sanz, T. Salvador Llivina, J. M. Suelves Joanxich, R. Jiménez garcía-pascual, I. Martínez Higuera. *Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Gobierno español. Adaptado de: UNDCP, 2000. [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/diccionario\\_preencion.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/diccionario_preencion.pdf) Accesado el 18 de mayo de 2009
3. *Reducción de daños: Un ángulo diferente para pensar y actuar en el campo de las drogas ilícitas*. Programa Conosur. Universidad Diego Portales. Catalán M. 1999.
4. Ministerio de Sanidad, Bienestar y recreación del Reino de los Países Bajos. *Drug Policy in the Netherlands*. <http://www.minvws.nl/en/folders/vgp/2009/drug-policies-in-the-netherlands.asp> Accesado el 18 de mayo de 2009
5. CONACE. *Estrategia Nacional contra las drogas 2003-2008*. [http://www.conacedrogas.cl/archivos/estrategia\\_nacional\\_sobre\\_drogas.pdf](http://www.conacedrogas.cl/archivos/estrategia_nacional_sobre_drogas.pdf). Accesado el 18 de mayo de 2009.
6. <http://epi.minsal.cl/> en *Informes, estudios y presentaciones; después estudios y después AVISA DALY Nacional*.
7. *Elementos que configuran los discursos referidos al fenómeno droga: una visión desde el estado y las ONGs. Un ángulo diferente para pensar y actuar en el campo de las drogas ilícitas*. Red vínculos. Programa Cono sur. 1999.
8. CONACE. *V Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile. Año 2003*. [http://www.conacedrogas.cl/docs\\_obs/mil/CONACE\\_QuintoEstudio\\_2002.pdf](http://www.conacedrogas.cl/docs_obs/mil/CONACE_QuintoEstudio_2002.pdf) Accesado el 18 de mayo de 2009
9. CONACE. *VII Séptimo estudio nacional de drogas en población general de Chile. Año 2006* <http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/bd928b266121a764e5ea61e6e6ab2ba3.pdf> Accesado el 18 de mayo de 2009.