

Integración Social y Drogas en América Latina

Documento de
consulta para el
desarrollo de
una guía de
políticas públicas



INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas

Primer borrador para su discusión en el marco del Encuentro sobre Integración Social y Drogas en América Latina, Washington, 30 y 31 de agosto de 2012.

Comisión Inter-americana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA)

Proyecto SAVIA (Salud y Vida en las Américas), Fortalecimiento de la prevención, la mitigación, el tratamiento y la integración social en materia de drogas en el ámbito local.

Financiado y promovido por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.

Washington, D.C. (Estados Unidos)

Agosto 2012

PLAN DE TEMAS

<u>1. INTEGRACIÓN SOCIAL Y FORMAS DE VINCULACIÓN A LAS DROGAS.....</u>	5
1.1. INTRODUCCIÓN	5
1.2. INTEGRACIÓN..., INSERCIÓN..., INCLUSIÓN... ¿DE QUE ESTAMOS HABLANDO?	11
1.2.1. INCLUIR: ESPACIO Y PERMEABILIDAD	11
1.2.2. INSERTAR: ORDEN Y ABANDONO.	11
1.2.3. INTEGRAR: UN MODELO INTACTO	12
1.2.4 INCLUIR, INSERTAR, INTEGRAR.....	13
1.3. INTEGRACION SOCIAL Y CONCEPTOS RELACIONADOS.	15
1.3.1. COHESION E INTEGRACION SOCIAL	15
1.3.2. EQUIDAD E INTEGRACIÓN SOCIAL	16
1.3.3. EXCLUSION E INTEGRACIÓN SOCIAL	17
EXCLUSION SOCIAL Y POBREZA	17
PROCESOS DE EXCLUSION SOCIAL	18
ATRIBUTOS DE LA EXCLUSION SOCIAL	18
DETERMINANTES SOCIALES Y COMUNITARIOS de EXCLUSION SOCIAL Y DROGAs	19
PERSPECTIVA PAR A ESTUDIAR LA EXCLUSION SOCIAL.....	23
EXCLUSION SOCIAL E INTEGRACION – UN PRIMER ACERCAMIENTO	32
EXCLUSION SOCIAL -INDICADORES PRIMARIOS, SECUNDARIOS Y CONTEXTUALES.....	33
HACIA EL CONCEPTO DE INTEGRACION SOCIAL.....	38
1.4. INTEGRACIÓN SOCIAL Y FORMAS DE VINCULACIÓN CON LAS DROGAS.	39
1.4.1. CONTEXTOS, ACTORES Y FORMAS DE VINCULACIÓN A LAS DROGAS. LITERATURA INTERNACIONAL.....	39
1.4.2. ACTORES Y VINCULACIONES CON LAS DROGAS.	41
Actores de la oferta: Produccion.....	45
Actores de la Oferta: Trafico y Comercializacion	48
Actores del Consumo	50
consumo de drogas y los Medios de comunicación social.....	59
<u>BIBLIOGRAFIA – CAPÍTULO 1</u>	62
<u>2. INTEGRACION SOCIAL Y DROGAS EN AMERICA LATINA</u>	69
2.1. INTRODUCCIÓN	69
2.2. PUNTOS DE ARRANQUE Y DE INTERCONEXIÓN.	69
2.2.1 El lugar en el cual todo empezó	69
2.2.2 Políticas de salud pública.	70
2.2.3 La estrategia hemisférica de la OEA.	72
2.2.4 La perspectiva de la cohesión social.	73
2.2.5 Buscando un abordaje complejo.....	74
2.3 POLÍTICAS Y PLANES: EN EL MUNDO DE LA OFERTA	76
2.3.1 CONTEXTO.	76

2.3.2 POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN Y POLÍTICAS DE PAZ.	76
2.3.2 EL DESARROLLO ALTERNATIVO	80
Un marco DE REFERENCIA.....	80
CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL Desarrollo Alternativo	81
Prácticas y Resultados	83
Prácticas prometedoras	84
Elementos de criticidad.....	85
2.4. INTEGRACION SOCIAL Y CONSUMIDORES	87
2.4.1 CONCEPTO: INTEGRACION SOCIAL DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS.	87
2.4.2 INTEGRACION SOCIAL Y PREVENCION DEL CONSUMO (PRIMER ABORDAJE).....	88
2.4.3 INTEGRACION SOCIAL Y PREVENCION DEL CONSUMO (SEGUNDO ABORDAJE)	89
2.4.4 INTEGRACION SOCIAL Y MINIMIZACION DE RIESGOS Y DAÑOS (LA REDUCCION DEL DAÑO).....	91
2.4.5 INTEGRACIÓN SOCIAL Y TRATAMIENTO.....	94
Tratamiento.....	94
Tratamiento de sustitución o Sustitución de drogas.	95
Tratamiento en la comunidad.....	95
Tratamiento estructurado.....	95
Tratamiento obligatorio.	96
Tratamiento psicosocial.	97
TRATAMIENTO RESIDENCIAL.....	97
Comunidad Terapéutica.....	98
cortes de drogas/Tribunales de drogas.....	99
tratamiento comunitario.....	101
2.5. PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO Y DE LA REHABILITACIÓN DE LA CICAD Y SU IMPACTO EN LAS POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL.	104
<u>BIBLIOGRAFÍA – CAPÍTULO 2</u>	<u>107</u>

1. INTEGRACIÓN SOCIAL Y FORMAS DE VINCULACIÓN A LAS DROGAS

1.1. INTRODUCCIÓN

Este documento de consulta forma parte del plan de trabajo que la Secretaría Ejecutiva de la CICAD está llevando a cabo con el objetivo de definir un marco referencial para el desarrollo de políticas públicas que aborden adecuadamente los efectos que tienen, sobre los procesos de integración social, las distintas formas de vinculación con las drogas de individuos, grupos, comunidades y de la sociedad en su conjunto.

El punto de partida para el desarrollo de este trabajo es la nueva **Estrategia Hemisférica sobre Drogas (EHD)**, aprobada por todos los Estados miembros de la CICAD en el año 2010. El mismo título de la EDH supone un cambio representativo respecto de la anterior Estrategia Hemisférica *contra* las drogas, subrayando ahora que se trata de generar respuestas, no contra un fenómeno, sino para abordar un complejo problema social y con un enfoque dirigido al bienestar del individuo.

El consenso plasmado en la EDH establece una plataforma fundamental para el desarrollo de nuevas políticas sobre drogas. Entre sus principales avances, la EHD introduce tres elementos fundamentales sobre los cuales debe pivotar la construcción de las políticas sobre drogas en la región. En primer lugar, el pleno respeto a los derechos humanos (“a la Declaración Universal de los Derechos Humanos”) como base de cualquier política y acción sobre drogas; en segundo lugar, el reconocimiento de que el dependiente de drogas es una persona que padece una enfermedad, crónica y recurrente y con múltiples determinantes sociales (Art.20), introduciendo directamente un abordaje basado en los principios de salud pública. En tercer lugar, la necesidad de desarrollar políticas basadas en evidencia científica (Art.11).

Además, la EDH establece que “Al enfrentar el problema mundial de las drogas, debe hacerse especial énfasis en su impacto sobre la pobreza y la marginalización, e impulsar la implementación de políticas y acciones que favorezcan la inclusión social y la reducción de esas vulnerabilidades” (Art. 2). Esta conexión directa que la EDH realiza en sus primeros artículos con aspectos directamente relacionados con el desarrollo humano de las comunidades supone un reto, tanto para realizar un abordaje adecuado de aquellos elementos del fenómeno de drogas que tienen un impacto directo en la integración social de los ciudadanos, como para revisar el efecto que las políticas para enfrentar el fenómeno de las drogas, tienen sobre las dinámicas de integración social.

Adicionalmente, la EDH a lo largo de su articulado, establece los elementos fundamentales para el desarrollo de intervenciones que pongan un énfasis especial en la integración social de algunos de los actores vinculados a las drogas, así:

- Que “Las políticas, medidas e intervenciones para enfrentar el problema mundial de las drogas deben tener en cuenta el componente de género” (Art. 3), elemento

fundamental a tener en cuenta en las dinámicas de desarrollo humano y de integración social y criterio básico a tener en cuenta para mejorar la eficacia de las intervenciones en el marco de las políticas sobre drogas.

- Que el abuso de drogas “constituye un problema social y de salud que requiere un abordaje multisectorial y multidisciplinario” (Art. 14). Además, que “Las políticas de reducción de la demanda deben incluir como elementos esenciales la prevención universal, selectiva e indicada; la intervención temprana; el tratamiento; la rehabilitación y la reinserción social, y servicios de apoyo relacionados. Todo ello con el objetivo de promover la salud y el bienestar social de los individuos, las familias y las comunidades, y de reducir las consecuencias adversas del abuso de drogas” (Art. 15).
- Que “es necesario invertir y dar respuesta a las necesidades específicas de los grupos en situación de riesgo, incluyendo niños y niñas, adolescentes y jóvenes, tanto dentro como fuera del ámbito escolar, en diferentes contextos, territorios y comunidades. Estos grupos de mayor vulnerabilidad deberán recibir educación y capacitación para el desarrollo de habilidades y oportunidades que les permitan un estilo de vida saludable” (Art. 18).”
- Que “es necesaria una mirada de integración social como alternativa a la respuesta penal, defendiendo como necesario el “explorar vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad” (Art 22.) .
- Que “Reconociendo que la recuperación del abuso y la dependencia de sustancias es esencial para una transición exitosa entre el encarcelamiento, la puesta en libertad y la reinserción social, se brindará, según sea posible, un sistema de tratamiento a los internos en centros de reclusión” (Art 23.).

La EDH aborda por otra parte, el tema de desarrollo alternativo en el capítulo dedicado a la reducción de la oferta. Con relación a esta materia determina que “los programas nacionales de reducción de la oferta ilícita de drogas de origen natural deben incluir la adopción de medidas de desarrollo alternativo integral y sostenible y de aplicación de la ley, de acuerdo con la situación en cada país” (Art. 29).” Para el desarrollo de este Artículo existe una línea de trabajo desarrollada en el Plan de Acción de la EDH aprobado por la CICAD en mayo de 2010 y por la Asamblea General de la OEA un mes después. Dentro de las acciones planteadas se establece la necesidad de “promover políticas y programas de desarrollo alternativo, integral y sostenible, que favorezcan la inclusión social.”

Todos estos elementos presentes en la EDH permiten plantear, en este momento, el abordaje del fenómeno de las drogas desde la política pública, a través de un enfoque de derechos, de salud pública, de desarrollo integral y sostenible y de integración social.

DESARROLLO DE LA GUÍA DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS

En respuesta a los requerimientos planteados por la EHD y su Plan de Acción aprobado en el 2011, la Secretaría Ejecutiva de la CICAD está desarrollando un plan de trabajo para la definición de los lineamientos hemisféricos, la identificación y promoción de buenas prácticas y el desarrollo de investigación, en materia de integración social y su relación con las diferentes

formas de vinculación a las drogas. La hoja de ruta planteada por la Secretaría Ejecutiva fue aprobada unánimemente por los Estados miembros en la reunión plenaria de la CICAD celebrada en Paramaribo, en Mayo de 2011.

El plan de trabajo tiene como finalidad contribuir al desarrollo de políticas de integración social en la región para evitar la vinculación directa de la población con el fenómeno de las drogas y permitan una mejor integración de las personas ya vinculadas. Este trabajo, necesariamente, debe partir de una reflexión sobre la realidad de la integración social y su relación con el fenómeno de las drogas, sobre sus bases conceptuales, y sobre los modelos y buenas prácticas existentes en la región y fuera de ella, de cara a orientar a los Estados miembros en la construcción de respuestas adecuadas. Para ello, se propone realizar unos procesos de reflexión participada, junto con un amplio grupo de actores políticos, técnicos y comunitarios de la región, tanto públicos como privados, de cara a desarrollar un conjunto de herramientas para la generación de políticas y programas de integración social para poblaciones vinculadas o en riesgo de vinculación con las drogas. Para llevar a cabo este proceso, se han planteado los siguientes objetivos:

1. Delinear un **marco conceptual sobre integración social y su relación con las diferentes formas de vinculación a las drogas**, de cara a la construcción de recomendaciones de política a partir de una construcción conceptual derivada de la revisión de fuentes secundarias y la reflexión de los diferentes actores políticos, técnicos y comunitarios.
2. Elaborar un **perfil del estado del arte de las políticas, planes y condiciones de integración social** para las personas vinculadas a las drogas en la región.
3. Elaborar una **guía conceptual, metodológica y operativa para orientar la construcción de políticas de integración social** para las diferentes formas de vinculación a las drogas en Latinoamérica

Estos tres objetivos serán materializados en el marco del documento de la **Guía de políticas públicas sobre integración social y drogas en América Latina**, el cual incluirá los siguientes contenidos:

- Orientaciones sobre los marcos conceptuales y teóricos del trabajo en integración social en materia de drogas.
- Una relación de los diferentes modelos de intervención existentes en América Latina. Complementariamente, la guía incluirá otros modelos de intervención existentes en el resto de países de América y de Europa u otros modelos internacionales que puedan servir de referencia para los fines de orientar los objetivos de la guía.
- Un marco de referencia para la identificación y el desarrollo de buenas prácticas en este ámbito. En este sentido se identificarán los elementos de buenas prácticas relativos a los programas y proyectos de integración social, tanto en relación a los elementos generales de dichos programas como a las especificidades relativas a intervenciones sobre poblaciones o territorios específicos o a los diferentes componentes de intervención de los programas (formación, empleo, vivienda, etc.).
- Un catálogo de buenas prácticas de programas de integración social y drogas en América Latina y en otros lugares del Mundo. Será el inicio de un trabajo de establecimiento de una base de datos de programas y proyectos sobre integración social y drogas, que se alojará permanentemente en la web de la CICAD, y que servirá de referencia para los Estados miembros.

Estos contenidos se desarrollan a través de las siguientes **secciones**, a saber:

1. Conceptos sobre integración social y otros conceptos relacionados: Se trata de una revisión conceptual y analítica de los conceptos a emplear. Estos conceptos serán derivados de revisión de la literatura y de la discusión con expertos. Se irán transformando por medio del estudio de las condiciones concretas de integración social y su interconexión con las diferentes formas de vinculación a las drogas y de otros procesos sociales. A este tema se vincula la preocupación por encontrar definiciones conceptuales, definiciones operativas e indicadores razonablemente precisos y claros.

2. Integración Social y drogas en América Latina: Se trata de un diagnóstico de las condiciones de integración social de las personas, grupos y comunidades vinculadas con drogas en América Latina, incluyendo a consumidores problemáticos y aquellas personas que están vinculadas con la producción y la venta de sustancias en condiciones de alta vulnerabilidad social. Este apartado menciona las políticas económicas y sociales generadores de desigualdades extremas y de inequidad, el tema de “la política de no tener política” y sus costos, las lagunas de la protección social y la protección entendida como exclusión de la vida social (el tratamiento entendido como encierro).

3. Políticas Sociales en América Latina. Se trata de ofrecer un panorama histórico que contempla ámbitos políticos estratégicos, pragmáticos y normativos. Se hace hincapié en las deficiencias de los sistemas de políticas sobre drogas que producen lagunas en la integración social, pero también en la necesidad de incluir componentes de integración social que garanticen cobertura, una perspectiva social, un abordaje científico, de salud pública, de educación etc.

4. Destinatarios (parceiros). Se trata de una definición de los socios/involucrados en desarrollo de políticas sobre integración social y formas de vinculación a las drogas. Incluye: decisores nacionales (de drogas y políticas sectoriales), la sociedad civil, organismos internacionales de desarrollo y otros actores de la política. El concepto de fondo es que los destinatarios de estas políticas son en realidad “parceiros” (socios), esto de por sí es una de las implicaciones inmediatas de la aplicación del concepto de integración desde el inicio mismo de la reflexión sobre las políticas de integración.

5. Respuestas desde la política pública. Se trata de revisar y tener en cuenta cuatro marcos de referencia, a saber:

- **El Marco Institucional y Normativo.** En el que los actores son las instituciones (en todos sus niveles), la sociedad civil organizada y las comunidades locales. En el que existen referencias obligadas de coordinación, multi-sectorialidad, articulación entre niveles (nacional, regional, municipal y comunitario); así como un claro anclaje de las políticas de integración.
- **El Sistema de gestión de las políticas.** En el que la gestión de las políticas tiene componentes sistémicos (no necesariamente secuenciales ni lineales) que incluyen:
 - Aspectos estratégicos y programáticos (Ejemplos: planificación por escenarios, determinación de procesos más que de acciones, necesidad de complementariedad, de integralidad y multidimensionalidad, entre otros.)
 - Aspectos políticos (Necesidad de la inclusión de la integración social en las prioridades de las políticas públicas)

- Aspectos financieros y operativos (El reto de la financiación y de la suficiente cobertura de las necesidades, la acreditación de los actores por medio del reconocimiento y empoderamiento de roles, entre otros).
 - **La Generación de Evidencias.** En el que se promueve el desarrollo de investigación operativa (Investigación en-durante la acción) que permita la generación de evidencia y una cultura que de la acción soportada en los hallazgos.
 - **El planteamiento de abordajes y áreas de intervención.** En el que se promueven abordajes abiertos y mixtos y la intervención en la dimensión individual, de grupo, y la colectiva, revisando para cada uno de ellos su justificación, alcances y limitaciones.
- 6. Diseño y puesta en marcha de modelos de intervención.** Se trata de describir los procesos que facilitan el diseño y la puesta en marcha de modelos de intervención (desde la identificación e involucramiento de los “parceiros”..., hasta la puesta en marcha del sistema de información sobre integración social y drogas pasando por los posibles pasos intermedios) recordando su complejidad no lineal.
- 7. Casos Prácticos de construcción de políticas públicas.** Se toman algunos ejemplos regionales y de otros ámbitos geográficos tratando de evidenciar aspectos positivos y fragilidades. Estos “casos” pueden ser utilizados como material de reflexión para la construcción de marcos propios.
- 8. Buenas prácticas.** Se trata de un trabajo de reflexión sobre criterios y procesos de identificación de buenas prácticas en el área de integración social y drogas, junto con un trabajo de identificación de buenas prácticas a nivel internacional (en América Latina y en otros lugares), a nivel nacional, regional, local y comunitario.

EL PRESENTE DOCUMENTO DE CONSULTA PARA EL DESARROLLO DE LA GUÍA DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS

El documento para la discusión que Ud. tiene en sus manos incorpora un **primer abordaje de los capítulos sustantivos de la guía**, tras la realización de un trabajo de revisión de la literatura internacional existente sobre integración social y conceptos relacionados:

- el marco conceptual de referencia para el desarrollo del abordaje a las políticas sobre integración social y las diferentes formas de vinculación a las drogas.
- una mirada a la exclusión social y su vinculación con las drogas: contextos, actores y diferentes formas de vinculación con las drogas.
- Una revisión de algunas de las políticas llevadas a cabo en la región en los ámbitos de la producción, comercialización y consumo de drogas a partir de una perspectiva de integración social.

EL ENCUENTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA (WASHINGTON, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012)

Este encuentro supone una primera instancia de consulta inter-agencial sobre los elementos fundamentales del trabajo a desarrollar en el marco del proceso descrito anteriormente.

A lo largo del encuentro se pretenden discutir los elementos conceptuales básicos para el desarrollo de una propuesta de abordaje a la integración social en relación con el fenómeno de drogas. Al mismo tiempo, se trata de una propuesta que tiene en cuenta los aspectos de integración social en el marco de diversas formas de vinculación con las drogas de las personas, de los grupos y de las comunidades en América Latina.

Por otro lado, se van a debatir las consecuencias que este enfoque en materia de integración social para las políticas de drogas va a tener en los distintos ámbitos sectoriales de intervención en el marco de las políticas públicas: salud, educación, desarrollo económico y social, empleo, seguridad y justicia, entre otras.

Finalmente, se quiere propiciar un ejercicio de análisis crítico de las políticas sobre drogas actuales desde la mirada de la integración social, de cara a la definición de una serie de principios básicos de intervención que faciliten la integración social en la región.

Adicionalmente, se pretende realizar una invitación a sumarse al proceso de construcción de la presente guía y de las políticas públicas sobre integración social y drogas; a las agencias internacionales y regionales, así como al resto de organismos y a los expertos participantes.

Este “Encuentro sobre Integración Social y Drogas en América Latina” va a estar seguido de otras tres instancias subregionales de consulta a los Estados miembros latinoamericanos: una en el Cono Sur, otra con los países andinos y una tercera de ámbito Mesoamericano y del Caribe. En estas instancias subsiguientes se convocarán a los referentes públicos en los distintos sectores involucrados (salud, educación, desarrollo social, empleo, seguridad y justicia), a las organizaciones de la sociedad civil más representativas, a otras agencias internacionales, regionales y subregionales, así como a otros expertos en el tema.

1.2. INTEGRACIÓN..., INSERCIÓN..., INCLUSIÓN... ¿DE QUE ESTAMOS HABLANDO?

En la literatura ligada a la sociología y a las políticas sociales *incluir, insertar e integrar* son frecuentemente utilizados como sinónimos o de manera indistinta, en particular cuando los autores se refieren a las acciones y prácticas de inclusión, inserción e integración social (Quaranta & Quinti, 2005) (Obrador, García, & Canal, 2010) (Castel, 1993, p. 17, 342, 686-687), (World Bank, 2011).

Si bien en el aspecto denotativo, el uso indistinto de cualquiera de estas palabras podría no ser inconveniente e incluso responder al desarrollo y a la transformación de las lenguas, la connotación que cada una de estas palabras tiene en la práctica es diferente. No se trata de escoger una palabra en lugar de otra sino de lograr una mayor precisión entre el uso de los términos (aspecto denotativo) y en las prácticas que estos representan (aspecto connotativo).

Así no basta con decir, por ejemplo, vamos a trabajar en inclusión social, si al lado de esta información no se define a que hacemos referencia por inclusión social y cual sería la “definición operativa” de ese concepto. En particular, cuando se habla de *inclusión social*, de *inserción social* ó de *integración social*, de manera indistinta se ocultan diferencias que se vinculan estrechamente con las prácticas sociales que cada uno de estos conceptos implica y que es oportuno desvelar (Rawal, 2008, p. 164-172).

1.2.1. INCLUIR: ESPACIO Y PERMEABILIDAD

Incluir es una palabra compuesta que deriva del latín: *in* (dentro) y *claudere* (encerrar), entonces incluir significa *encerrar dentro*. Excluir en consecuencia significa entonces *encerrar fuera* (Picoche, 1992, p. 107-108).

El elemento semántico central del concepto de inclusión (y de su contrario exclusión) tiene sentido en referencia a un “espacio”. Para que pueda haber inclusión es necesario que exista un espacio (para poder encerrar dentro...de un espacio o encerrar fuera...de un espacio). Si no existe, es necesario crearlo; si ha sido quitado, es necesario restituirlo, o reconstruirlo si ha sido destruido, o enriquecerlo si ha sido empobrecido.

Así, el concepto de “incluir” plantea entonces la necesidad de la existencia de un espacio (real, simbólico, social) y de la posibilidad y facilidad de circular por él o no, es decir de su permeabilidad. El concepto de inclusión tiene, por tanto, relación con el de cohesión social (en función de la capacidad de conectividad que ofrece el espacio), con el de marginalidad (en función de la ubicación en el margen o centro del espacio), con el de contención social (en función de la consistencia que ofrece el espacio), de dinámica y relación social (en función de la permeabilidad que tiene el espacio) y de participación social (en función del grado de movilidad en el espacio).

1.2.2. INSERTAR: ORDEN Y ABANDONO.

Insertar por su parte deriva en principio de la palabra “*desierto*” que a su vez deriva de las palabras latinas *serere* e *sertus* que significa “mantener pegado en una fila” (de aquí la palabra “serie” por ejemplo). Por consecuencia la palabra *de-serere* significa “abandonar, aislar o despegar, quitar de una fila o de un cierto orden..., desordenar, desarticular etc.”. Se entiende entonces porque el término *desierto* significa un territorio en el cual no hay nadie, un territorio

abandonado (Picoche, 1992, p. 146-147) no solamente por las personas sino también por el orden, la organización.

El elemento semántico central del concepto de inserción involucra, trascendiendo e incluyendo a su vez el concepto de inclusión, no solamente la existencia de un espacio, sino que alude a las características y “ordenamientos” del mismo. Si el término inclusión se enfoca en posición en el espacio de la vida social y sus fronteras, el de inserción se enfoca en las características de ese espacio: Tiene que ver con la interconexión, el entrelazamiento, la interrelación... en un cierto orden; una especie de espacio de interrelaciones ordenadas.

La premisa de la inclusión es que exista un espacio en el cual incluir, la premisa de la inserción es que este espacio tenga un cierto ordenamiento. Sin ese orden puede haber inclusión, más no inserción. Cómo se construye este orden, quién participa en esa construcción, cuales son los criterios y los principios a partir de los cuales se construye son parte del trasfondo de las políticas de inserción.

1.2.3. INTEGRAR: UN MODELO INTACTO

De otra parte, “**integrar**” deriva del verbo latín *tàngere* que significa “tocar”. Se entiende que el término integro es entonces sinónimo de intacto (no tocado) y ambos se enraízan en la palabra latina *integer* (*integrum* en su declinación al acusativo) que significan entonces entero, no tocado (“no tocado” puede ser entendido en el sentido de que al objeto no se le ha quitado nada”).

Para entender mejor el sentido de este término vale la pena recordar que de la misma raíz derivan las palabras contagio (contacto) que puede ser considerado como un contrario del término integrado, reintegrar (establecer en su estado primitivo) etc. (Picoche, 1992, p. 25-26).

Integrar o reintegrar implica entonces la existencia de un modelo ideal (o idealizado) que sirve como punto de referencia para establecer quién/qué ha sido contaminado, alterado o, por lo contrario, sigue intacto (en el área de drogas hablar de un mundo sin drogas puede ser considerado efectivamente un enfoque hacia la reintegración social).

Conservando el enfoque del “espacio social” (asumido por los conceptos de inclusión e inserción) el término integrar o reintegrar se refiere a la necesidad de que ese espacio social tenga un modelo de referencia desde el cual se examina el comportamiento de un sujeto, grupo, comunidad. Para que la reintegración social sea posible se requiere entonces de un modelo explícito de sociedad, dicho de otra manera, se requiere de un proyecto. El término integración, a diferencia de los de inclusión y de inserción, presenta un aspecto conservador y al mismo tiempo utópico, y tal vez en este aparente contraste puede encontrarse la posibilidad que el espacio social sea fuertemente dinámico y transformador.

Más allá del significado estrictamente semántico del concepto de integración, como algo intacto o íntegro, entendemos que dicha noción hace referencia al hecho de que ninguna sociedad está completa si no está conformada o “integrada” por todos sus miembros. Y, por ende, no existe una dicotomía entre estar integrado o no estarlo, dado que todos hacemos parte de la sociedad, cuyo concepto no se entiende sino a partir de sus miembros que la conforman. Todo ser humano, como sujeto social, forma parte integrante de la sociedad, pero se integra de forma distinta a la misma, bien de una manera más afirmativa o menos afirmativa para la vida. Es, por ello, la forma de integración a la sociedad la que determina el campo de intervención.

Integración social y drogas.

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas - OEA-CICAD
ENCUENTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012.

1.2.4 INCLUIR, INSERTAR, INTEGRAR

El concepto de **inclusión** supone la existencia de un espacio en el cual incluir (un contenedor) o del cual excluir (un desierto); el concepto de **inserción** por su parte exige que ese espacio tenga un cierto orden y esté hecho de interconexiones e interrelaciones; finalmente, el concepto de **integración** implica la existencia de una referencia (modelo o mejor modelos) que sirva para orientar las interconexiones e interrelaciones en el espacio social determinado.

Incluir entonces se enfoca en las fronteras de espacio social, **insertar** implica una acción ordenada o de ordenación en el espacio definido por esas fronteras e **integrar** ajustar el accionar ordenado a un modelo o modelos de referencia para orientar las relaciones sociales y el transcurrir por la vida cotidiana de las personas.

Un punto esencial de esta exploración del tema de la integración social y de sus vecindades semánticas será entrar en el territorio formado por las interconexiones e interrelaciones entre ésta y el fenómeno de las drogas (producción, tráfico, comercialización, consumo y sus mundos paralelos y en apariencia contrarios: represión, prevención, mitigación de riesgos, reducción del daño, tratamiento/rehabilitación... con sus aparatos de seguridad y represión, de salud pública, de leyes, normas, reglamentos, procedimientos, protocolos y dinámicas - Sección 1.3.).

No se quiere con esto decir que cada uno de estos puntos será tocado en esta guía. Se quiere decir que estos aspectos y elementos existen y en la determinación de las políticas a nivel continental, subregional, nacional y local estos aspectos tendrán que ser considerados.

Este aspecto es mencionado en esta sección porque la construcción del concepto de la integración social determinará en parte la comprensión de la vinculación entre éste y el mundo de las “drogas”.

Los tres términos se vinculan (no solamente en un sentido semántico sino también en la experiencia práctica) al concepto de “fragilidad en las relaciones sociales¹ entendido como la presencia, en apariencia cada día más insistente, de individuos puestos en una especie de situación flotante en la estructura social y que habitan sus intersticios sin encontrar un lugar que les sea asignado” (Castel, 1993, p. 17).

La fragilidad en las relaciones sociales se refiere entonces, según este autor, al hecho que ha desaparecido el espacio en el cual un cierto número y tipo de personas puedan encontrar “lugar” (puedan participar) y por consecuencia estas personas se encuentran “flotando” (es decir sin un lugar fijo en el cual puedan meter sus pies (en la imposibilidad de pertenecer).

¹ Se utiliza el término “fragilidad” prefiriéndolo al termino “vulnerabilidad” porque no incluye ese elemento semántico que lo acerca al campo de la “patología social”. Se puede pensar que la fragilidad es parte del proceso normal de construcción y transformación de las relaciones humanas y entre sistemas, mientras que la vulnerabilidad implica en su étimo (el termino *vulnus* significa “herida”) un aspecto que tiene más que ver con el contexto de la salud pública que con el desarrollo “normal” de las vida cotidiana de las personas y de las comunidades.

Desde esta mirada, tanto la **inclusión, la inserción y la integración** (sociales) tienen un propósito común: construir un espacio de participación y de pertenencia que resulta esencial para la cohesión social y para que la fragilidad social no devenga en vulnerabilidad.

El concepto de **integración**, como se deriva de la revisión, subsume los conceptos de **inclusión** y de **inserción** social, aunque estos necesariamente lo complementan. Adicionalmente, permite superar la dicotomía planteada al emplear solamente el concepto de inclusión-exclusión y la sujeción a un orden establecido que impone el concepto de inserción. Permite, por el contrario, plantear una multiplicidad de formas y de órdenes de estar en la sociedad. Desde esta óptica, la exclusión hace parte de formas poco afirmativas de integración social. Por ello, esta propuesta hace referencia a formas diferentes de integración social y a la vez a la integración social como un concepto que se juzga en sus calidades y no en confrontación con el otro contrario o una referencia externa.

Este trabajo se inspira en la necesidad de generar formas de integración social más afirmativas para el desarrollo humano de las personas, grupos, comunidades y de la sociedad en general; en relación con las distintas formas de vinculación de estos con las drogas.

Parte de constatar “que diferentes formas de vinculación a las drogas cumplen un rol en la integración social de las personas, grupos y comunidades”.

Además, reconoce “que otros instrumentos, mecanismos y prácticas sociales cumplen un rol en las formas de vinculación a las drogas de las personas, grupos y comunidades”.

Este rol puede ser más o menos afirmativo para el desarrollo humano y social. La exclusión, por ende, se asume aquí como una forma de integración poco afirmativa.

1.3. INTEGRACION SOCIAL Y CONCEPTOS RELACIONADOS.

El concepto de *integración social* se asocia con otros conceptos tales como el de cohesión social, desigualdad, e inequidad (Hopenhayn, 2007) (CEPAL, Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar., 2008). El campo semántico y operativo derivado de esta alta interrelación de conceptos es complejo e implica reconocer que en tratándose de hablar de integración social es necesario considerar una gran cantidad de elementos en juego. Esta sección busca proveer insumos para aportar a este ejercicio.

1.3.1. COHESION E INTEGRACION SOCIAL

El concepto de cohesión Social tiene “un vecindario semántico” con otros términos, entre estos: los de integración social, capital social, inclusión social, mainstreaming y ética social (Hopenhayn, 2007, p. 37ss) (Villatoro, 2007, p. 19, 25) Este autor propone como concepto de apertura lo siguiente: “La sociología clásica entiende la cohesión social como “el grado de consenso de los miembros de un grupo social en la percepción de pertenencia a un proyecto o situación común.”

Llama la atención, en primera instancia, que el acento recae más sobre la percepción de pertenencia que sobre los mecanismos de integración social. La cohesión tiene una relación directa con la intensidad de la interacción social dentro de un grupo determinado, implica la existencia de una imagen colectiva que represente “qué somos y hacia dónde vamos” (Tironi, 2005)” y se opone a la pérdida de normas de convivencia y estructuración social (Hopenhayn, 2007, p. 37)].

Hopenhayn vincula los problemas de cohesión social con (p. 41-45):

1. La dificultad de lograr las necesarias tasas de crecimiento para contar con los recursos requeridos para promover mayor bienestar, y el impacto negativo sobre la cohesión social que ejerce la volatilidad de dicho crecimiento.
2. Las restricciones en el mundo del trabajo como eje de integración e inclusión social.
3. La disociación entre activos materiales y simbólicos.
4. La negación del otro como marca secular de ciudadanía incompleta.
5. Los cambios culturales promueven mayor individuación, pero no es claro cómo recrean vínculos sociales.
6. La mayor complejidad y fragmentación en el mapa de los actores sociales torna más difusa la confluencia en aspiraciones comunes.
7. Una menor claridad respecto del orden simbólico.
8. La brecha entre el reconocimiento formal de los derechos y los hechos reales

Otro abordaje considera el tema de la cohesión social desde la perspectiva de la pertenencia (CEPAL, Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar., 2008, p. 17, 273), en donde la pertenencia es considerada como una dimensión subjetiva de la cohesión social y está constituida como el conjunto de percepciones, valoraciones y disposiciones compartidas. Hace referencia a las identidades y a las identificaciones que permiten a la sociedad permanecer junta y a los grupos sociales permanecer integrados. La pregunta por el “nosotros”

y por el que tenemos “en común”, son básicas para promover la cohesión social y prevenir la fragmentación. “El fortalecimiento de lo común, dentro de lo diverso, puede concretarse en el uso y cuidado de espacios comunes; en el acuerdo respecto de ciertos valores de convivencia, tales como la tolerancia ante la diversidad y la reciprocidad en el trato; y en una participación más amplia en instancias de deliberación” (CEPAL, 2007a, pág. 23). (CEPAL, Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar., 2008, p. 273).

Las políticas de integración social relacionadas con las diversas formas de vinculación a las drogas deberán tener en cuenta la promoción de elementos de cohesión social no solamente para prevenir la fragmentación social sino mucho más allá para promover formas más afirmativas de integración entre los ciudadanos.

1.3.2. EQUIDAD E INTEGRACIÓN SOCIAL

El concepto de equidad, “se fundamenta en tres valores sociales: la *igualdad*, el *reconocimiento de derechos* y la *justicia*. El reconocimiento relativamente universal de la bondad de estos tres valores permite que el concepto de “equidad” – por lo menos retóricamente – goce de cierta aceptación universal. Hay amplio consenso con respecto a la prioridad que se debe asignar a la equidad como pauta o estándar para las políticas públicas. No obstante, esta aceptación universal se sostiene en parte por la ambigüedad con que típicamente entendemos estos valores” (Mokate, 2000, p. 14), (CEPAL, 2000).

Este concepto en apariencia sencillo que parece basarse en un sentido de justicia natural, en realidad se vuelve más complejo si se toma en consideración por ejemplo los que acontece en el contexto de políticas y programas sociales en los cuales este concepto está asociado por ejemplo con la noción de igualdad, en el que bien se hace referencia a la igualdad como “equidad vertical” – el tratamiento igual para todos los diversos grupos e individuos de la sociedad o bien como “equidad horizontal” – “igual tratamiento para iguales”.

La promoción de la equidad vertical insinúa que la equidad es equivalente a la igualdad absoluta. En contraste, la equidad horizontal abre la puerta a la tolerancia de tratamientos diferenciados, con el raciocinio de que los individuos y grupos son diferentes y pueden ser tratados en forma diferenciada sin ser “injusto” y conducir a pensar que el tratamiento diferenciado es justo, ya que podría tener el fin de corregir o ajustar diferencias ya existentes entre diversos grupos o individuos (Mokate, 2000, p. 15).

, por ejemplo en términos de las calidades de su integración social

Cohesión social, equidad, igualdad son también palabras que se refieren a conceptos polisémicos que es posible definir con precisión solo a costas de empobrecerlos. Esto se debe, como en el caso de incluir, insertar, integrar, al alto grado de interconexiones que se dan a nivel de sus “vecindades semánticas”. Por esta razón, también cuando se busque operacionalizar con la más alta precisión posible cada uno de ellos, la permeabilidad de sus fronteras semánticas hará que la precisión operacional implicará una pérdida de extensión del campo semántico y entonces una pérdida de capacidad (del concepto) en describir la realidad. Será decisión del operador (sea este un técnico o un político, o un “parceiro” a nivel local), decidir el punto de equilibrio entre necesidad de precisión y necesidad de comprensión; sabiendo que los dos son interdependientes y complementarios.

1.3.3. EXCLUSION E INTEGRACIÓN SOCIAL

Hemos afirmado previamente, que desde la perspectiva de integración social, la exclusión corresponde a una forma poco afirmativa de integración social.

El concepto inicial de exclusión se ha usado con referencia a una lista de ciertos atributos o rasgos que permiten identificar y clasificar algunas personas: “minusválidos físicos y síquicos, personas suicidarias, minusválidos de la tercera edad, niños que han sido abusados, farmacodependientes, delincuentes, madres cabeza de familia, familias multi-problemáticas, personas asociales etc.” (Rawal, 2008, p. 162). En consecuencia es un concepto “contenedor” (una representación social) muy sensible a factores y condiciones históricas, políticas y del contexto (incluyendo aspectos ideológicos) (Silver, 1994).

El concepto ha sido utilizado como una medida de desarrollo a partir de la segunda parte de los años noventa, particularmente con referencia a las políticas sociales. “siendo que las raíces de este concepto se encuentran en el discurso político, su utilidad será la de re-etiquetar antiguos abordajes a los problemas locales o evaluar las realidades sociales en función de su convergencia o divergencia de unos estándares de desarrollo previamente definidos” (Rawal (Rawal, 2006), citando Maxwell (Maxwell, 1998) y Jackson (Jackson, 1999, p. 25)

Se trata entonces de un concepto todavía en construcción que ha sido adoptado y se ha difundido en el marco de relaciones hemisféricas promovidas por las agencias internacionales, y sin embargo muy sensible a factores locales.

EXCLUSION SOCIAL Y POBREZA

“A partir de los años ’80 se empezó a utilizar entre otras, la noción de exclusión social como un intento de poner en evidencia el carácter multidimensional de la pobreza. (Quaranta & Quinti, 2005, p. 32) (Quaranta & Quinti, 2005, p. 32), (Moser, 1998)².

Puede ser legítimo entonces, establecer una conexión (tal vez interdependencia) entre los dos términos, aun reconociendo que no es claro si la exclusión social es función de la pobreza o viceversa, ni tampoco si se trate de dos nociones disyuntivas aunque correlacionadas (Quaranta & Quinti, 2005).

Las posiciones son diferentes: Una sugiere que la exclusión social sea un campo conceptual amplio en el cual se encuentran incluidas otras formas de “estar fuera” o marginado (entre estas la pobreza) (ibídem) (Figueiredo & (eds), 1998); otra, contraria, (Whelan & Whelan, 1995) según la cual la exclusión social es una dimensión de la pobreza; una tercera en la que se sostiene que los dos conceptos son independientes y que la exclusión social es “un proceso que involucra a todos los individuos independientemente de sus recursos”. Esta última posición acerca el concepto de exclusión social y el de vulnerabilidad entendida esta como “una capacidad reducida de responder a los riesgos sociales y a perturbaciones del medio ambiente, políticas y económicas” (Moser, 1998) (Quaranta & Quinti, 2005).

² Los elementos conceptuales que se presentan en esta sección toman inspiración en partículas mas no exclusivamente, de un trabajo de de análisis realizado por G. Quaranta y G. Quinti (Quaranta & Quinti, 2005) y en los autores citados por ellos..

Integración social y drogas.

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas - OEA-CICAD
ENCUENTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012.

Gore e Figueiredo sugieren por su parte que la exclusión social puede ser al mismo tiempo causa y consecuencia de la pobreza estableciendo esta reciprocidad en una relación causa-efecto que no había sido sugerida por otros autores (Gore & Figueiredo, 1997).

La relación entre pobreza y exclusión social ha permitido observar la presencia de elementos dinámicos entre un concepto y el otro. La pobreza constituiría un sub-conjunto incluido en el concepto más amplio de exclusión social y sería posible identificar “una dinámica de transición gracias a la cual si uno es pobre no necesariamente será precariamente integrado, y a la vez si uno está precariamente integrado casi seguramente se empobrecerá”.

Gracias a la inclusión de este aspecto dinámico que en el estudio de la exclusión social y de la pobreza, se han considerado como materia de intervención a sujetos que no son pobres sino en riesgo de exclusión. (Tsakoglou & Papadopulos, 2002).

Desde esta última posición, la exclusión social es estudiada también como fenómeno (o proceso) de acumulación (sinergia) de diversos factores de riesgo, definido bajo el concepto de “desventaja acumulativa crónica” (Tsakoglou & Papadopulos, 2002).

PROCESOS DE EXCLUSION SOCIAL

Algunos autores han identificado algunos procesos por medio de los cuales se produce exclusión social, a saber: procesos institucionales, económicos, culturales, espaciales y aquellos que están ligados al capital social (Paugam, 1996)³. Estos procesos están interrelacionados (constituyen de hecho un sistema dotado de retroalimentaciones y recursividades). Esto significa en la práctica, que la exclusión en una esfera puede producir la exclusión de otra, que la inclusión en una esfera puede producir la exclusión en otra y que la exclusión de una esfera puede producir la inclusión en otra.

Un ejemplo del segundo caso (Inclusión que produce exclusión) se da en la migración de personas para ser incluidos en el mercado del trabajo que a su vez trae como consecuencia la renuncia o pérdida de derechos como ciudadanos y de pérdida del acervo cultural. Un ejemplo del tercer caso (exclusión que produce inclusión) se da en aquellas personas que son detenidas por ser encitradas en posesión de una dosis mínima de drogas, hecho que genera su inclusión en procesos de tratamiento aceptablemente buenos en términos de eficacia y eficiencia.

Estos casos ilustran como “el opuesto de “exclusión” no es necesariamente “inclusión”, sino, por ejemplo “ciudadanía” o “representación política” (Quaranta & Quinti, 2005).

ATRIBUTOS DE LA EXCLUSION SOCIAL

El concepto de exclusión social ha tenido una transición desde una mirada *unidimensional* (principalmente económico/material) a una *multidimensional, dinámica y en constante evolución*.

Aceptar el aspecto dinámico de la exclusión ha significado preguntarse por los procesos y factores que la producen y reproducen (en una sociedad en particular, una comunidad ó un dispositivo productivo; en un determinado tiempo) y; a partir de su identificación identificar perspectivas y caminos para su abordaje.

³ Citado en (Quaranta & Quinti, 2005) pag. 34.

Integración social y drogas.

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas - OEA-CICAD
ENCUENTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012.

Una mirada a la exclusión desde la perspectiva de procesos y factores, permite darse cuenta que esta es producida no solamente por la ausencia de recursos personales, sino también por la falta o las lagunas de los recursos comunitarios” (Quaranta & Quinti, 2005, p. 36). Se entiende entonces, que la “responsabilidad” por la exclusión social rebasa el nivel individual e involucra la acción (o falta de acción) de las instituciones públicas, de los actores institucionales de las comunidades, y de las comunidades mismas, con sus redes formales y no formales.

Así mismo, parece existir un acuerdo en que la exclusión social incide especialmente sobre los *dispositivos relacionales* de las personas, de los grupos, de las comunidades y de las redes produciendo fuertes discontinuidades en las interconexiones e interrelaciones (Bonet i Martí, 2006). Esto significa que la exclusión social afecta profundamente el capital social de las personas tasado en el *valor de las redes sociales* que por un lado vinculan entre sí a personas que tienen algunas similitudes entre ellos y, que por otro construyen puentes con personas más enfocadas en sus diferencias, proponiendo como base de la relación una norma de reciprocidad (Dekker & Uslaner, 2001) (Uslaner, 2001).

DETERMINANTES SOCIALES Y COMUNITARIOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL Y DROGAS

Aquí se considera la vinculación entre exclusión social y drogas como un pretexto para poder ahondar más sobre los determinantes sociales y comunitarios de la exclusión.

Según la JIFE, las diferentes formas de vinculación a las drogas (producción, tráfico, comercialización y consumo) son consideradas al mismo tiempo como una consecuencia de la “deestructuración” social (“un sentido de comunidad profundamente fracturado”) y uno de los factores que refuerzan y reproducen estas fracturas (Junta Internacional de Fiscalización, 2012).

Este informe señala, que el tema central no es tanto el uso indebido de drogas, sino “la aparición en muchos países de comunidades de diverso tamaño (algunas grandes, otras pequeñas), en las que el uso indebido de drogas se ha hecho prácticamente endémico, causando toda una serie de problemas sociales, que a su vez lo impulsan (violencia, delincuencia organizada, corrupción, desempleo, mala salud y educación deficiente), en una espiral nefasta de daño individual y colectivo.

Estas comunidades plantean dificultades enormes, no solo por lo que se refiere a satisfacer sus propias necesidades, sino por el riesgo que, con el tiempo, puedan llegar a representar para las sociedades más amplias de que forman parte.

En muchas de ellas se han emprendido ya iniciativas en cuyo marco, los organismos gubernamentales y no gubernamentales se esfuerzan con empeño y determinación por potenciar la capacidad de la población local y atajar los múltiples problemas sociales que han adquirido un carácter endémico (Junta Internacional de Fiscalización, 2012, p. 1).

El informe subraya la vinculación estrecha y directa entre el las diferentes formas de vinculación a las drogas y un conjunto de amenazas a la integración social y a la vida de las comunidades. Esto facilita observar como el tema de las drogas (en particular el consumo) tiene un sentido profundamente diferente en función de los diversos contextos de exclusión en los cuales este se da.

El informe menciona algunos contextos de exclusión que pueden ser considerados también como elementos de vulnerabilidad y fragilidad que favorecen la aparición de formas de vinculación a las drogas, a saber:

- *Persistencia de desigualdad:* “Un rasgo característico de muchas sociedades es que, al tiempo que algunos grupos sociales han logrado cada vez más riqueza, las diferencias entre ricos y pobres han aumentado y se han consolidado. Como consecuencia de esas desigualdades existen acentuadas disparidades en una serie de indicadores de salud y bienestar social, por ejemplo en lo referente a la salud materno-infantil, la mortalidad infantil, la morbilidad, la esperanza de vida y la alfabetización” (op. cit. pag. 2-4).

Aquello que el informe señala es que la acentuación de las desigualdades es un elemento que acentúa también la exclusión, como si existiera una correlación entre el enriquecimiento de algunos y el empobrecimiento de otros. Así las cosas, es posible entender como las políticas de represión del consumo pueden efectivamente estar basadas en una mirada muy estrecha y no tomar en cuenta estos determinantes y no partir de políticas de integración social más inclusivas.

- *Migraciones.* “Cuando las personas y los grupos sociales han migrado de una zona a otra, aumenta el riesgo de que esas personas y comunidades tengan que afrontar múltiples adversidades sociales vinculadas a su sensación de desplazados. Tales adversidades suelen consistir en problemas de salud física y psicológica, bienestar, empleo, educación y vida familiar. (...). Cuando los grupos sociales migrantes llegan de zonas vinculadas a la producción ilícita y el uso indebido de drogas, es más probable que algunas personas recurran a formas de abuso de drogas como manera de mitigar su sensación de alejamiento” (óp. cit. pág. 2-4).

Las migraciones son experiencias de exclusión-integración. En este proceso la “integración” parece transitar por un proceso de adaptación (aceptación) de los estilos de vida cotidiana y también los productivos y económicos de las poblaciones hospedantes (cuando estas existen).

En este caso aquello que parece ocurrir, es que el proceso de integración va de la mano con un proceso de exclusión y marginación. Por otro lado el hecho que las migraciones tengan también efectos positivos en términos de mejoramiento de la calidad de vida de las personas y de desarrollo de las comunidades no oculta las condiciones a veces dramáticas en las cuales estas acontecen (Martínez Pizarro, 2003), (Pellegrino, 2003). (Vignoli, 2008, p. 138)

- *Transformaciones políticas y económicas.* “Asimismo, las sociedades que pasan por una fase de transformación política y económica pueden sufrir una reducción apreciable del grado de integración social. Cuando la situación es tal que las estructuras políticas y las actividades económicas del pasado pierden su base y surgen nuevas formas de actividad económica y gobernanza, algunos grupos sociales pueden sentirse aislados y al margen de la sociedad en general. Esa sensación de distanciamiento de las nuevas estructuras de gobernanza puede llevar a las personas y los grupos sociales a seguir una diversidad de conductas social y personalmente perjudiciales” (op. cit. pag. 2-4).

El supuesto de esta consideración es que las transformaciones políticas y económicas acontezcan de vez en cuando y no sean en realidad un proceso constante de la vida social (reconociendo que hay aceleraciones –por lo menos en apariencia- y desaceleraciones).

La vinculación en una relación de causa-efecto del tema de las transformaciones políticas y económicas con el tema de la cohesión social sugiere que la disminución de la cohesión social (que puede ser un factor de vulnerabilidad) sea exclusivamente una consecuencia dañina y no una premisa indispensable para poderse adaptar al cambio y promover respuestas nuevas y más adaptadas a nuevas condiciones (ejemplo: la modificación de ciertas formas de producción agrícola o industrial ha implicado cambios en las formas de cohesión social de la familia patriarcal a la familia mono celular, de la aldea a la ciudad hasta la metrópolis etc.).

Este tipo de consideración es útil para evitar de considerar casi automáticas dos equivalencias: cohesión social=integración, disminución de la cohesión social=exclusión.

- *Nuevas culturas del exceso.* “La cohesión social puede verse socavada no solo por la pobreza y la exclusión social, sino también por la aparición de una cultura del exceso. Por ejemplo, ciertas personas que gozan de un alto nivel de vida pueden llegar a considerar que ya no necesitan vivir con arreglo a las normas, costumbres y convenciones de la sociedad en sentido amplio y adoptar pautas de conducta autodestructivas. En algunas de esas personas, el abuso de determinadas drogas (como la cocaína en polvo) puede llegar a simbolizar su triunfo y su alta categoría. El consumo de drogas por celebridades y algunos otros personajes del mundo de las artes, la música y el ocio posiblemente se vea como una muestra de su talento creativo y su alta posición. La consiguiente aparición de una cultura de aceptación del uso indebido de drogas por parte de algunas personas y grupos sociales puede contribuir a una normalización creciente de ciertas formas de abuso de drogas en la sociedad en general y conducir a su vez a la socavación de la cohesión social” (op. cit. pag. 2-4).

Esta consideración contiene dos contenidos, uno explícito y uno implícito. Tal vez el contenido implícito es más relevante del explícito. El contenido explícito se refiere a la producción de modelos de vida en los cuales existe la vinculación con las drogas (el modelo de vida de los narcos por ejemplo). Otro aspecto – este es el implícito- es la participación activa de los medios de comunicación de masa y de aquellos que producen cultura en la difusión masiva de estos modelos por intereses de tipo cultural, político, económico etc. Los dos elementos en su conjunto producen de hecho procesos de integración-exclusión, utilizando los modelos de exclusión como propuestas de integración y los modelos de integración como propuestas de exclusión (si no aceptas el modelo “narco” eres una persona que vale menos etc.).

- *Sociedades en situación de conflicto o post conflicto.* “Cuando las sociedades atraviesan una situación de conflicto o se encuentran en una fase posterior a un conflicto, suelen existir señales claras de quiebra de la cohesión social. Es posible que, en tales situaciones, los lazos sociales que antes eran estrechos y de mutuo apoyo se pongan a prueba y se debiliten, sembrando en amplios grupos de población la incertidumbre sobre el grado en que forman parte de una misma sociedad. Las sociedades que se recuperan de un conflicto pueden sufrir un vacío de gobernanza en el que no haya servicios sociales y la justicia y las fuerzas del orden parezcan inexistentes. Ello debilitará aún más una cohesión social de por sí ya frágil” (op. cit. pag. 2-4).

Este fragmento no menciona tipos específicos de conflicto; se puede suponer sin embargo que hable de conflictos de tipo “bélico” guerra abierta o guerrilla. En realidad la vinculación entre drogas y conflicto se llama “guerra a las drogas” que en más de un país ha desencadenado conflictos “armados” con miles de muertos. Este tipo de conflicto no ha sido producido por el azar del desarrollo de las sociedades y de los modelos políticos sino como “propuesta política”.

La salida de este conflicto también necesita de un abordaje específico, de políticas de construcción de paz que tomen en cuenta las componentes de la exclusión social, necesita de procesos integradores.

- *Urbanización rápida.* “En las sociedades en las que existe una rápida urbanización, incluso aquellas en que la población se desplaza de las zonas rurales a las urbanas, puede producirse una disminución y disolución de muchas de las formas más tradicionales de cohesión social, que puede suponer incluso un colapso de los lazos de unión y proximidad familiares. También puede dar lugar a la aparición de zonas urbanas como espacios culturales en los que se tolere una mayor variedad de comportamientos individuales y transgresiones sociales y personales a consecuencia de la mayor sensación de anonimato reinante en tales lugares” (op. cit. pag. 2-4).

En la mayoría de los casos la urbanización rápida en América Latina está vinculada a los fenómenos migratorios internos (o externos) o a desplazamientos forzados (por razones políticas, económicas, de conflictos, de intereses particulares etc.) (Vignoli, 2008). Qué estos fenómenos produzcan efectos psicosociales en la organización de las familias (por ejemplo) y en la construcción de las identidades es un hecho, aunque tal vez pueda ser equivocado confundir procesos de adaptación a contextos altamente vulnerables con “tolerancia a una mayor variedad de comportamientos”. Son dos mundos epistémicos muy diversos que implican también propuestas políticas diversas.

- *Colapso del respeto de la ley.* “Cuando se dan situaciones en que la población considera que su ordenamiento jurídico es injusto, corrupto o ineficaz, cabe prever que se pierda la confianza en esas leyes y los organismos encargados de ejecutarlas. En tales casos hay un verdadero riesgo de que la población pierda sencillamente la esperanza de que las autoridades nacionales o locales sean alguna vez capaces de hacer algo por mejorar sus condiciones. Es posible que se vea a los políticos y los funcionarios públicos con recelo y desconfianza y se considere que están motivados por el deseo de mejorar su situación personal y no la de la gente del lugar. Semejante estado de cosas puede dar lugar a que las bandas delictivas se presenten como la única autoridad viable en la zona” (op. cit. pag. 2-4).
- *Economía local basada en la droga.* “En estas comunidades, el negocio de las drogas ilícitas puede adquirir tal impulso que sustituya en la práctica a la economía legítima, por lo que el peligro no radica solamente en la proliferación del tráfico ilícito de drogas sino en la aparición de una cultura del uso indebido de drogas. En algunas circunstancias, esa cultura podría incluso auto sostenerse, porque imprime en los habitantes de las respectivas zonas una identidad distintiva al tiempo que los aleja cada vez más de la sociedad en general” (óp. cit. pág. 2-4).

Esta consideración parece efectivamente enfocar una situación real, aunque a partir de esto se pudiera erróneamente considerar que todas “esas comunidades” vulnerables están de alguna manera vinculadas con el consumo, con el tráfico o producción de drogas y que los beneficios de ese sistema económico fueran repartidos en manera “justa” entre todos sus habitantes. Este asunto es difícil de demostrar. Y puede dar paso a políticas en las cuales comunidades enteras, sin distinción entre sus habitantes, fueran consideradas actores indiscriminados de la oferta o de la demanda de drogas. En este sentido puede resultar útil esclarecer otros posible elemento de confusión: proponer políticas de integración comunitaria no significa que se considere a toda la comunidad como “cómplice de la demanda o de la oferta de drogas”, significa por lo contrario considerar que una comunidad tiene capacidades, conocimientos, competencias y recursos para participar activamente y en manera eficaz para superar situaciones de producción, tráfico y consumo y vivir mejor.

PERSPECTIVA PARA A ESTUDIAR LA EXCLUSION SOCIAL

Las fuentes citadas (CEPAL, 2000), (CEPAL, Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar., 2008) (Mokate, 2000) (Rawal, 2006) (Sojo & Uthoff, 2007) (Villatoro, 2007), muestran que la pobreza es el elemento más comúnmente señalado para la construcción de los conceptos de exclusión, desintegración, marginación, equidad, y cohesión social. Se puede decir que constituye el vecindario común de todos ellos o el terreno común en el cual cada quien construye su vecindario.

Consideramos por consecuencia un desafío prometedor abordar el tema de la exclusión social empleando algunos abordajes utilizados en el estudio de la pobreza. No se trata de considerar pobreza y exclusión social como “sinónimos” sino utilizar –como se hace a menudo en la lingüística- un término para poder ilustrar el otro. Los abordajes utilizados se agrupan en “siete familias”⁴, a saber:

1.- Abordaje Basado en la Interacción Social: Centralidad de la Solidaridad

Este abordaje considera a la pobreza/exclusión social como si fuera un fenómeno de fragmentación social, que afecta el capital y la cohesión social de los grupos y comunidades.

Un buen ejemplo de este abordaje es el de los fenómenos migratorios como experiencia de fragmentación de las interrelaciones entre las personas (sus redes) y que trae como consecuencia un empobrecimiento social debido a que la familia o la persona que ha emigrado no puede utilizar su capital social (conexiones, alianzas) y no social (económico, financiero etc.) en los nodos de las redes con las cuales está interconectado (Grieco, 1987).

Se enfoca entonces sobre las modalidades con las cuales se construyen o afectan las interconexiones y las interrelaciones entre personas, grupos y comunidades; y sobre los productos de estas interacciones sea en su fase de construcción (inclusión/ciudadanía) como de disolución (exclusión) (De Swaan, 1995), (Hossain, 1999).

De acuerdo con la posición de Silver (citado en Rawal, 2006) y sus tres paradigmas de la exclusión social (solidaridad, especialización y monopolios), el abordaje basado en la interacción social encuentra semejanzas con el paradigma de la solidaridad según el cual la exclusión social

⁴ Los nombres y algunas características de estas familias de abordajes derivan del trabajo de Quaranta-Quinti (op.cit. 25ss)

Integración social y drogas.

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas - OEA-CICAD

ENCUENTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012.

es la consecuencia de la fragmentación de la solidaridad social en el marco de las relaciones sociales entre individuos y en la sociedad (Rawal, 2006, p. 167).

La conexión entre esta posición y la sociología de Durkheim es evidente: en esta la sociedad es considerada como externa respecto a las personas, como si fuera un supe factor que establece y hace aplicar las normas que favorecen el establecimiento de un orden común y de cohesión social.

2.- Abordaje Basado en aspectos económicos y bio-fisiológicos

Este abordaje pone en evidencia como entre el estudio de la pobreza y de la exclusión social no hay una coincidencia perfecta. Este enfoque es “unidimensional”; se enfoca principalmente en la observación de dos órdenes de elementos: en primer lugar a la posesión/carencia de bienes/recursos materiales (privilegiando la dimensión económica respecto a la dimensión relacional) y en segundo lugar a las consecuencias biológicas de esta carencia.

Este abordaje tiene como finalidad producir evidencias “objetivas” y relaciones causa-efecto de tipo lineal. Una de las consecuencias es que se favorece una óptica según la cual se puede pensar que si la relación causa efecto es linear, también las políticas lo pueden ser: por ejemplo que es suficiente solamente proveer recursos.

Aquí se incluyen los estudio inspirados a la epidemiología social en los que se pueden por ejemplo, cruzar variables como el respeto de los derechos humanos, o la deprivación económica con el estado de salud “entendido biológicamente” (Krieger, 2000).

Entre los propósitos de este abordaje se encuentra la tentativa de tener “expresiones biológicas de la inequidad social, correlacionando datos de pobreza, deprivación material y exclusión social.

3.- Abordaje Socio-Psicológico

Este abordaje es más sensible a una visión multidimensional de exclusión social. Considera por ejemplo el concepto de “pobreza relativa”, que no extensible al concepto de exclusión social en la medida en que no se consideran todas las áreas de vida de la persona, del grupo o de la comunidad como excluidas. Es el caso del trabajador inmigrante que para poder ser incluido en el trabajo tiene que aceptar ser excluido de ciertas formas de la cultura y de algunos derechos como ciudadano. En este abordaje se da un lugar a entidades que la literatura ha llamado “representaciones sociales” que a su vez producen percepciones, representaciones etc. (Moscovici, 1982) (Palmonari, 1995) (de Haan, 1998).

4.- Abordaje de la espiral de la pobreza

Este abordaje es un ejemplo que ilustra el aspecto dinámico de la exclusión social. En este caso los estudios consisten en descripciones longitudinales de largos procesos de exclusión (o empobrecimiento) tomando en consideración en particular factores culturales. Entre estos factores se evidencian aquellos que contribuyen en hacer que algunas características de la exclusión sean también elementos constitutivos de la identidad social (por ejemplo el uso masivo de alcohol en las fiestas). Esto tiene como consecuencia que algunas características culturales que favorecen la exclusión son transmitidas de una generación a otra (Lewis, 1966).

La antropología social ha descrito ampliamente este tipo de fenómenos, cuando por ejemplo, ilustra como familias enteras se endeudan durante años para poder hacer frente en manera

honorable a las “bodas” de sus hijos e hijas insertándose de esta manera en una espiral de la pobreza en la cual se encuentran atrapadas tres generaciones: la de los papás, de los hijos que se casan y de los nietos que nacerán.

5.- Abordaje Político

Estudiar los aspectos políticos significa enfocarse en las modalidades con las cuales son gobernadas las oportunidades de vida. Esto significa que el campo de lo político se cruza con todas las características y todos los abordajes mencionados. “Este proceso paulatino de incorporación de los conceptos de inclusión y exclusión social en el ámbito de las políticas públicas que (...) ha tenido una concreción amplia y profunda en los ámbitos locales y de mayor proximidad, ha ido consolidándose en lo que algunos analistas han convenido en llamar un *nuevo paradigma* (latinas del A.) para, por un lado, comprender las dinámicas de la desigualdad social en las sociedades contemporáneas, y por el otro, reestructurar el campo de las políticas sociales y los estados bienestar en un cambio de época acelerado, marcado por la multiplicación de los factores de desigualdad y la extensión de sus efectos (Boltanski & Chapello, 2005)” (citado en (Obradors, García, & Canal, 2010, p. 28)) (Sen, 2000).

6.- Abordaje de Vulnerabilidad

La vulnerabilidad pueda ser entendida como una capacidad reducida de responder a los riesgos sociales y a perturbaciones del medio ambiente, políticas y económicas” (Moser, 1998, en: Quaranta & Quinti, 2005). Este abordaje entonces se enfoca en el estudio de los factores de riesgo (o protección) incluyendo los campos de lo económico, de lo político, del medio ambiente y factores culturales (CERFE-PNUD-Prodere, 1994) (Chambers, 1989).

El abordaje de factores de riesgo y protección ha hecho escuela en particular en el área de drogas en la cual ha efectivamente consentido un ensanchamiento del campo de observación incluyendo, a lado de factores de tipo genérico otros tipos de factores que se ubican en el campo de lo relacional, social, comunitario etc. Para ser mas precisos los factores de riesgo podrían definirse como *“un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio o una transición en el nivel de implicación con las mismas, mantenimiento)”* (Clayton, 1992, citado en Martínez González, 2006)).

La lista de las categorías y de los factores es conocida. Esta incluye los siguientes (Muñoz-Rivas, 1998, p. citado en Martínez González, 2006):

- *Genéticos*: Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas.
- *Constitucionales*: Uso temprano de drogas (antes de los 15 años). Dolor o enfermedad crónica. Factores fisiológicos.
- *Psicológicos*: Problemas de salud mental o presencia de estados afectivos desorganizados y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo. Presencia en la infancia o la adolescencia de rasgos de personalidad como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión, la desadaptación social y una baja resistencia a la frustración. Mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de drogas. Abuso físico, sexual o emocional. Búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras. La presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención. La ausencia de valores ético - morales. El predominio de valores

personales en ausencia de valores prosociales y tradicionales (religión). Una alta tolerancia a la desviación. Una fuerte necesidad de independencia. La ausencia de normas. Alienación y rebeldía. Consumos tempranos de drogas. Los valores. La agresividad. La búsqueda de sensaciones. Otros problemas de conducta.

- *Familiares*: Uso de drogas por parte de los padres o pertenecer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas. Actitudes positivas - permisivas de los padres hacia el uso de drogas. Problemas de manejo de la familia. Bajas expectativas de éxito de los niños. Estar en una situación de privación económica importante. Pertenecer a familia donde hay sólo un progenitor. Ser hijos de trabajadores no cualificados o parados. Existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes, con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento contingente a la misma. Un estilo familiar autoritario o permisivo. La ausencia de conexión padres - hijos. Relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes. La comunicación familiar pobre e inexistente. Pertenencia a hogares con un alto nivel de conflicto (ej. frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia).
- *De pares*: Amigos que usan drogas. Actitudes favorables hacia el uso de drogas. Conducta antisocial o delincuente temprana. Fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales.
- *Escolares*: Carencia de cumplimiento de la política escolar. Poca dedicación a la escuela. Fracaso escolar o abandono temprano de la escuela. Dificultades en el paso de curso. Conducta antisocial temprana. Bajo compromiso con la escuela.
- *Comunitarios*: Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas o hacia comportamientos desviados. Carencia de una adecuada vinculación social. Privación económica y social. Disponibilidad de drogas (incluyendo el alcohol y tabaco). Residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes elevados de delincuencia y marginalidad. Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria. Transiciones y movilidad. La percepción social de riesgo disminuida. (Martínez Gonzalez (Dir), 2006, p. 18ss)''.

Al considerar el punto de vista de los factores de riesgo y protección los autores subrayan sin embargo que es necesario tomar en consideración algunos criterios esenciales:

1. No siempre están presentes determinados factores de riesgo.
2. La sola presencia de un factor de riesgo no determina que el sujeto consuma drogas, de modo que su ausencia tampoco es garantía de que la persona no las use.
3. El número de factores de riesgo presentes se relaciona directamente con la probabilidad del abuso de drogas.
4. La mayoría de factores de riesgo y protección tienen varias dimensiones que se pueden medir de forma independiente, y cada una de ellas influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
5. Las intervenciones directas estarían indicadas en los casos en los que pudiese eliminarse un determinado factor de riesgo, sabiendo que con esta acción se disminuiría la probabilidad del consumo de drogas.

La adopción de estos criterios debe hacerse con cierta prudencia, en particular con relación al tercero en el que se establece una correlación positiva de carácter significativo entre el número de factores de riesgo y la probabilidad del consumo de drogas. Este principio tiene una validez empírica muy fuerte que corresponde a la experiencia clínica; sin embargo no hay una explicación teórica consistente y este fenómeno puede depender de la forma con la cual se han construido los factores (sobre todo el marco conceptual) más que del contenido de los factores mismos. Al cuarto criterio también aplica este tipo de consideración.

Estas listas de factores que por un lado constituyen sin dudas un instrumento útil para poder tener un mapa mental de los factores de riesgo y protección involucrados, son tan extensas que se podría pensar que prácticamente cualquier forma de privación o “falta” es un potencial factor de riesgo, mientras que en la realidad no es tan así: los factores de riesgo son también un elemento de motivación, un desafío para la mente y para las comunidades. Esto significa que si por un lado se necesitan políticas que disminuyan el impacto de los factores de riesgo, ello no significa necesariamente y exclusivamente que se deban disminuir, sino también incrementar factores de protección (educación y equidad en las oportunidades).

7.- Abordaje centrado en el sujeto excluido

En este caso el enfoque está puesto en las estrategias y procesos que los excluidos mismos meten en acto para contener los efectos de la exclusión y reducir su impacto. Son parte de estos abordajes por un lado los estudios sobre la resiliencia (entendida como proceso individual o de grupo) (Anaut, 2003) (Bourguignon, 2000) (Luthar, Cecchetti, & Becker, 2000) (Moss, Johnson, Pinderhuges, M.B., Welch, & J.F., 1993) y por el otro los estudios sobre el capital social (en particular los procesos de auto-organización y de solidaridad) (Belliveau, O'Reilly, & Wade, 1996) (Bourdieu, 1986) (Fukuyama, 1995) (Putnam, 1995). Se incluyen en este abordaje también los estudios sobre empoderamiento, participación y desarrollo de la comunidad (Kieffer, 2001) (Rappaport, 1997) (Lazarus & Folkman, 1984) (Quaranta & Quinti, 2005, p. 45).

8.- Abordaje basado en los Derechos

Hacemos referencia aquí tanto a los derechos civiles como a los derechos sociales, entendidos como “el acceso universal a un umbral de prestaciones e ingresos que aseguran la satisfacción de necesidades básicas”. Este “acceso” constituye la definición misma de ciudadanía social, tal como fue planteada originalmente por T.H.Marshall (Marshall, 1950, p. citado por Hopenhayn, 2006). El concepto de ciudadanía social que “abarca tanto el derecho a un *mínimo* de bienestar económico y seguridad, como a tomar parte en el conjunto de la herencia social y vivir la vida de un ser civilizado, de acuerdo con los estándares prevalecientes en la sociedad.” (Gordon, 2003, p. citado por Hopenhayn, 2006).

Se entiende entonces que mientras “que los derechos civiles y políticos apuntan a garantizar las libertades básicas, la representación y la delegación de la voluntad de los individuos a representantes en el Estado, los DESC (derechos económicos, sociales y culturales, o derechos de segunda generación) buscan democratizar la ciudadanía social. Existe, además, un consenso amplio sobre la interdependencia entre el respeto a las libertades civiles, el ejercicio de derechos políticos y el acceso de las personas a bienes, servicios y prestaciones que garantizan o promueven el bienestar” (Hopenhayn, 2006, p. 2).

El abordaje a partir de los derechos humanos (incluyendo los civiles y sociales) busca construir una mirada hacia la inclusión/integración social fundamentada en unas políticas de derechos “indivisibles” (civiles, políticos y económicos”.

Como lo dice el autor, esta “indivisibilidad no es sólo ética sino también práctica: la ciudadanía social puede promover mayor ejercicio de derechos civiles y políticos.; como a decir que son los derechos políticos aquellos que más contribuyen al establecimiento de los derechos civiles. Este se debe entre otros a lo siguiente: “en la medida que los DESC prescriben, como deber de los Estados, promover mayor integración al trabajo, a la educación, a la información y el conocimiento, y a las redes de protección e interacción sociales, permiten mejorar las capacidades de los ciudadanos para la participación en instituciones políticas, el ejercicio positivo de la libertad, la presencia en el diálogo público, en asociaciones civiles y en el intercambio cultural. E inversamente, a mayor libertad de expresión y asociación, y mayor igualdad en el ejercicio de derechos políticos y de ciudadanía en sentido republicano (como injerencia de los ciudadanos en los asuntos públicos), más presencia de los grupos excluidos en decisiones que inciden en políticas distributivas; y por tanto, mayores condiciones de traducir ciudadanía política en ciudadanía social”(ibíd.).

Se observa aquí una estrecha conexión entre este abordaje, el abordaje político y aquel basado en la interacción social. En realidad, aquello que se entiende en la medida en la cual se ilustran los diferentes abordajes al estudio de la exclusión social, se observa que algunos de ellos (como por cierto el concepto mismo de exclusión, o de integración) se ubican en vecindades en las cuales elementos son en común. También los conceptos contribuyen en favorecer la construcción de comunidades humanas.

M. Hopehayn, comentando a Norberto Bobbio (Bobbio, 1995, p. 151) subraya como “la razón de ser de los derechos sociales (...) es una razón igualitaria” en la medida en la cual contribuyen en reducir la distancia (desigualdad en todas sus formas) entre las personas y ponen un “número de individuos siempre mayor en condiciones de ser menos desiguales respecto a individuos más afortunados por nacimiento o condición social.”(Bobbio, 1995, p. 151).

Este abordaje se asocia con el tema de la justicia económica que, como lo subraya Rawls, tiene que someterse a la justicia política “de iguales libertades y de igualdad de oportunidades. (Rawls, 1971, p. citado en Hopnehayn, 2006).

9.- Abordaje basado en el Desarrollo Humano

El inspirador de este acercamiento al estudio de la integración social bajo la perspectiva del desarrollo ha sido Amartya Sen (Sen, 1979) (Sen, 1999) (PNUD, 1990, p. 15).

“El desarrollo humano es un proceso en el cual se amplían las oportunidades. En principio estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles del desarrollo, las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente.

Si no se poseen estas oportunidades esenciales, muchas otras alternativas continuarán siendo inaccesibles. Pero el desarrollo humano no termina allí. Otras oportunidades, altamente valoradas por muchas personas, van desde la libertad política, económica y social, hasta la posibilidad de ser creativo y productivo, respetarse a si mismo disfrutar de la garantía de derechos humanos.

El desarrollo humano tiene dos aspectos. La formación de capacidades humanas - tales como un mejor estado de salud, conocimientos y destrezas y el uso que la gente hace de las capacidades. Adquiridas – para el descanso. La producción o las actividades culturales, sociales y políticas. Si el desarrollo humano no consigue equilibrar estos dos aspectos, puede generarse una considerable frustración humana.

Según este concepto de desarrollo humano, es obvio que el ingreso es solo una de las oportunidades que la gente desearía tener, aunque ciertamente muy importante. Pero la vida no sólo se reduce a eso. Por lo tanto, el desarrollo debe abarcar más que la expansión de la riqueza y los ingresos. Su objetivo central debe ser el ser humano” (PNUD, 1990, p. 34).

Los informes 2010 y 2011 contribuyen en enriquecer la vecindad semántica del concepto de desarrollo humano enfocando la atención sobre los temas del empoderamiento, de la desigualdad, de la vulnerabilidad, de la sostenibilidad incorporando tres indicadores multi-dimensionales de desigualdad y pobreza: “El IDH ajustado por la Desigualdad (IDH-D), que se calculó para 139 países, da cuenta de las pérdidas en materia de desarrollo humano generadas por las desigualdades en salud, educación e ingreso. (...). El Índice de Desigualdad de Género (IDG), que se estimó para 138 países, indica las disparidades de género en salud reproductiva, empoderamiento y participación en el mercado laboral. (...). El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) identifica las múltiples carencias que sufren los hogares en salud, educación y niveles de vida. Se calcula que la tercera parte de la población de 104 países en desarrollo, o alrededor de 1.750 millones de personas, padece privaciones simultáneas en varias dimensiones. Más de 50% vive en Asia Meridional, aunque los índices más elevados se encuentran en África Subsahariana. La intensidad varía considerablemente entre regiones, grupos y pueblos indígenas”. (PNUD, 2010, p. 96).

La óptica del desarrollo humano es flexible y dinámica, ella misma sigue desarrollándose tratando de describir los cambios producidos por los seres humanos. Véase como este concepto ha evolucionado en otro documento del PNUD (PNUD, 2011, p. 15):

“El propósito básico del desarrollo es ampliar las opciones de las personas. En principio, estas opciones pueden ser infinitas y pueden cambiar con el tiempo. Las personas a menudo valoran logros que no se reflejan, o al menos no inmediatamente, en el ingreso o el crecimiento: mayor acceso al conocimiento, mejor nutrición y mejores servicios de salud, disposición de vidas más seguras, mejores niveles de seguridad contra el crimen y la violencia física, más horas satisfactorias de ocio, mayor amplitud de libertades políticas y culturales, o más espacios de participación en las actividades de la comunidad. El objetivo del desarrollo es crear un ambiente propicio para que las personas disfruten de vidas largas, saludables y creativas.

El paradigma del desarrollo humano cubre todos los aspectos del desarrollo, ya sea el crecimiento económico y el comercio internacional; el déficit presupuestario y las políticas fiscales; los ahorros, la inversión y la tecnología; los servicios sociales básicos y las redes de seguridad para los pobres. Ningún aspecto del modelo de desarrollo queda fuera de su alcance, pero el punto de referencia permanece en la ampliación de las elecciones de las personas y el enriquecimiento de sus vidas. Todos los aspectos de la vida –económicos, políticos o culturales- son vistos desde

esta perspectiva. El crecimiento económico, por lo tanto, se convierte sólo en un subconjunto del paradigma del desarrollo humano. (Haq, 2011, p. 15)

En la construcción de políticas de integración social el abordaje bajo la perspectiva del desarrollo humano sostenible (PNUD, 2011, p. 20-22) es necesario entonces tener una perspectiva amplia que contemple por lo menos las visiones siguientes:

- El desarrollo debe poner a las personas en el centro de sus preocupaciones.
- El propósito del desarrollo es ampliar todas las elecciones humanas y no sólo el ingreso.
- El paradigma del desarrollo humano se preocupa tanto de la construcción de capacidades humanas (invirtiendo en la gente), como de la utilización al máximo de esas capacidades (a través de un marco propicio para el crecimiento y el empleo).
- El desarrollo humano posee cuatro pilares básicos: equidad, sostenibilidad, productividad y empoderamiento. Considera que el crecimiento económico es esencial, pero enfatiza la necesidad de prestar atención a su calidad y distribución, analiza en extenso sus vínculos con las vidas humanas y cuestiona su sostenibilidad en el largo plazo.
- El paradigma del desarrollo humano define los objetivos del desarrollo y analiza las opciones adecuadas para alcanzarlos. Extracto de: Haq, M. u. (2004). El paradigma del desarrollo humano. (Haq, 2011, p. 15).

10.- Abordaje basado en la teoría de Redes

El abordaje a partir de la teoría de redes puede ser considerado un desarrollo de la perspectiva centrada en la interacción social, aunque haya desarrollado sobre todo con el uso del análisis de redes, conceptos e instrumentos autónomos.

La teoría de redes utilizando, entre otros, los conceptos de tamaño, poder y centralidad, densidad, cercanía y lejanía etc. (Bonet i Martí, 2006, p. 5) se ha enfocado en el estudio de las relaciones entre seres humanos (Belliveau, O'Reilly, & Wade, 1996) (Boissevain & Mitchell, 1973) (Boissevain J. , 1978) (Barnes, 1954) y del peso que estas tienen en los procesos de integración/exclusión social favoreciendo u obstaculizando la participación de las personas, de las familias, de los grupos y de las comunidades a la vida social.

Este acercamiento ha contribuido, entre otros, a producir los conceptos de capital social y de vulnerabilidad relacional ambos estrechamente vinculados con el tema de inclusión/exclusión social.

Abordar el tema de la exclusión social a partir de una óptica de redes significa tener en cuenta:

1. El tamaño de las redes subjetivas (redes de personas con las cuales un sujeto tiene relaciones "positivas", amigables) sabiendo que por debajo de un cierto tamaño una red puede convertirse en un factor de riesgo en el sentido que una persona vive casi en aislamiento total,
2. El tamaño de las redes primarias que son aquellas constituidas por personas/instituciones que son de utilidad inmediata por un determinado individuo (las

que aseguran no solamente que él tenga relaciones amigables, sino también que tenga acceso a los bienes y servicios de los cuales necesita)

3. La densidad de estas redes (es decir cuántas de las personas que constituyen una red de un individuo están positivamente interconectadas entre ellas), cuántas de estas conexiones son directas, cuantas indirectas, cuales son los papeles de cada nodo en la red etc.

El abordaje a partir de la teoría de redes es uno de los más prometedores. Lo es en particular cuando logra interconectar redes sociales de tipos diferentes: redes subjetivas o primarias (Brodeur, 2003) (Brodeur & Rousseau, 1984) con redes dichas virtuales (construidas y operantes gracias al world wide web).

Implica que en el momento de construir o implementar políticas de integración social se tomen en consideración por lo menos los puntos siguientes:

- Que el fortalecimiento de las redes subjetivas es fundamental para el equilibrio síquico de la persona (Kadushin, 1982),
- Que la construcción, el fortalecimiento y el mantenimiento de redes primarias es fundamental porque por un lado prueba que las políticas tienen la capacidad de producir procesos y por el otro las redes primarias aseguran que las políticas puedan tener la capacidad de producir procesos;
- Que si el capital social está íntimamente asociado al concepto de redes (Bourdieu, 1986) (Putnam, 1995), las redes (y no solamente las personas, los grupos, las comunidades, las organizaciones y las instituciones) serán actores de las políticas y de los programas.

11.- Abordaje basado en las formas de integración afirmativas:

El abordaje a partir de las formas de integración afirmativa parece ser uno de los más cercanos a la dimensión “política” de las políticas de integración. (Rosero-Labré & León Díaz, 2009, p. 72ss).

Parece que todos los autores que se han interesado en este asunto coinciden en que se trata de medidas públicas estatales temporales que propenden por el logro de la igualdad mediante de la equidad de grupos o pueblos subordinados, así como de las personas que a ellos pertenecen, con el fin de acceder o expandir la ciudadanía sustantiva y otras ciudadanía dentro de un Estado democrático liberal” (p.75).

Este abordaje se basa en el paradigma distributivo de justicia sin cuestionar los aspectos ligados a la organización “institucional y al poder en la toma de decisiones. Se trata al final de dos actores: el estado por un lado y los grupos o pueblos subordinados por el otro, el primero da y el segundo recibe.

Sin embargo este concepto ha evolucionado hasta incluir en manera dinámica diferentes “vecindades semánticas y políticas” en las cuales las acciones afirmativas son entendidas como:

1. Mecanismos de reversión de la discriminación negativa e histórica.
2. Búsqueda del principio de igualdad real en oposición a la igualdad formal.
3. Mecanismo para garantizar la igualdad de oportunidades
4. Estrategia de distribución de bienes para los individuos más capacitados.
5. Iniciativas públicas y privadas de interés social.
6. Medidas públicas especiales y temporales.

7. Procesos y estrategias para combatir prejuicios y abusos de los tomadores de decisiones públicas
8. Formas de integración social de grupos en desventaja.
9. Programas sociales focalizados para miembros de un grupo subrepresentado
10. Acceso a servicios, programas, y atención específica para el mejoramiento de la calidad de vida. Acciones públicas justificadas por un pasado de discriminación para un mejor futuro.
11. Una política preparatoria y/o correctiva frente a procesos históricos que han generado desigualdades acumulativas

Esta síntesis se inspira directamente en el trabajo de (Rosero-Labré & León Díaz, 2009).

Es la persistencia de desigualdades sociales el contexto que justifica la propuesta de Acciones Afirmativas. Las autoras citadas más arriba proponen, a este propósito, una perspectiva en la cual “ cada espacio nacional democrático, por medio de la deliberación pública, defina lo que entenderá por Acciones Afirmativas, las cuales en ningún caso podrán vincularse a la universalidad de los derechos sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales que deben tener todos los ciudadanos(as) de un país ni podrán ser homologadas de la existencia de programas con perspectiva diferenciada, pues cualquier Estado pluriétnico y multicultural debería contemplar la existencia de programas sociales universales para todos los ciudadanos(as) y dentro de ellos debería ofrecer algunos con una perspectiva diferenciada que se adapte a la particularidad cultural del grupo que se desea reconocer. Las Acciones Afirmativas son medidas excepcionales ante situaciones críticas y deben permitir el acceso de personas a los mecanismos por medio de los cuales se realiza la movilidad social ascendente, es decir, la ecuación superior de calidad y los mercados laborales de estatus dentro de una sociedad democrática” (Rosero-Labré & León Díaz, 2009, p. 78).

Se puede pensar que las personas, grupos, comunidades y redes vinculadas con drogas, sobre todo aquellos que son más marginados, vulnerables, expuestos a situaciones de grave exclusión, puedan efectivamente ser actores y beneficiarios (es decir “parceiros” de acciones afirmativas).

EXCLUSION SOCIAL E INTEGRACION – UN PRIMER ACERCAMIENTO

Con estos primeros abordajes es posible tener por lo menos una visión de lo que se puede entender por exclusión social vista desde la óptica de la integración social. Se propone entonces un cuadro sinóptico en el cual se recogen por un lado las diferentes visiones y por el otro las fuentes que se han utilizado.

Cuadro sinóptico de conceptos, posiciones, componentes, atributos de la exclusión social	
Elementos del concepto	Fuente
Minusválidos físico, minusválidos síquicos, minusválidos de la tercera edad, suicidas, niños abusados, farmacodependientes, delincuentes, padres single, familias multi-problemáticas, personas asociales	(Lenoir, 1974), (Rawal, 2008)
Factores de contexto geografico, factores historicos,	(Maxwell, 1988)
Exclusion como pobreza	(Quaranta & Quinti, 2005)
Exclusion como marginacion	(Figueiredo & (eds), 1998)

Integración social y drogas.

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas - OEA-CICAD
ENCUENTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012.

Cuadro sinóptico de conceptos, posiciones, componentes, atributos de la exclusión social	
Elementos del concepto	Fuente
Capacidad reducida de responder a los riesgos sociales, a perturbaciones del medio ambiente, políticas, económicas	(Moser, 1998) (Quaranta & Quinti, 2005)
Dinamicidad: ser excluido incrementa la posibilidad de ser pobre. Comulación de diversos factores de riesgo.	(Tsakloglou & Papadopulos, 2002)
Procesos institucionales, económicos, culturales, espaciales de capital social.	(Paugam, 1996)
Multidimensionalidad, dinamicidad, procesualidad, factorialidad, comunitaridad	(Quaranta & Quinti, 2005), (Moser, 1998), (Obradors, García, & Canal, 2010)
Pasividad e indiferencia institucional	(Quaranta & Quinti, 2005)
Pobreza de los dispositivos relacionales, vulnerabilidad relacional.	(Bonet i Mrtí, 2006)
Fragmentación en la interacción social y en las relaciones de solidaridad	(De Swaan A. , 1995), (De Swaan, 1994)
Pobreza relativa – exclusión relativa	(de Haan, 1998)
Atributos de la exclusión se convierten en elementos que son parte de la cultura y de los procesos de identificación (espiral de la pobreza).	(Lewis, 1966)
Abordaje enfocado al estudio de los factores de riesgo y de protección incluyendo los campos económicos, político etc.	Cerfe-PNUD-Prodere 1994, en (Quaranta & Quinti, 2005)
Abordaje a partir de las modalidades a través de las cuales son gobernadas las oportunidades sociales en un contexto en el cual están creciendo los factores de desigualdad.	(Boltanski & Chapello, 2005)
Asociación del tema de la exclusión social con los temas de la disminución de la resiliencia, del capital social, de los procesos de empoderamiento, de participación comunitaria y de auto organización.	(Anaut, 2003) (Bourguignon, 2000) (Bourdieu, 1986) (Luthar, Cecchetti, & Becker, 2000)

A partir de esta tabla se pueden poner en de relieve cuatro componentes:

1. La descripción de los excluidos a partir de algunos de sus rasgos sin por esto describir los procesos por medio de los cuales estos rasgos han sido producidos (como si fueran connaturales de las personas excluidas, una especie de destino inscrito en sus genes sociales).
2. La descripción de los procesos que producen exclusión sin indicación de quienes son los excluidos, una especie de procesos sin producto claro.
3. La descripción de los contextos que producen exclusión (económico, social, político, laboral) como si estos contextos funcionaran por si mismos sin actores que los transforman en escenario de la vida cotidiana de las personas.
4. Una tentativa de reunir atributos, excluidos, contextos, escenarios y actores en un único marco para poder elaborar un discurso más comprensivo e incluyente que parece pertenecer a la cultura y a la política.

EXCLUSION SOCIAL -INDICADORES PRIMARIOS, SECUNDARIOS Y CONTEXTUALES

Generalmente los indicadores de exclusión social son divididos en tres grupos: indicadores primarios, secundarios y de contexto (Commission, 2006, p. 18-27).

Los indicadores primarios y secundarios según la Cruz Roja Española (Cruz Roja, 2006) que se inspira en aquellos de la Comisión Europea son:

Indicadores de Exclusión Social del Comité de Protección Social de la Unión Europea	
Indicadores primarios	Indicadores secundarios
1. Porcentaje de bajos ingresos después de transferencias (umbral= 60% de la mediana).	1. Distribución en torno al umbral del 60% de la mediana.
2. Distribución de la renta (ratio entre quintiles de renta).	2. Porcentaje de ingresos bajos en un corte temporal.
3. Persistencia de los bajos ingresos.	3. Porcentaje de bajos ingresos antes de transferencias.
4. Intensidad de la pobreza (poverty gap = distancia de los ingresos de los pobres respecto al umbral).	4. Distribución de la renta (índice de Gini).
5. Cohesión regional.	5. Persistencia de los bajos ingresos.
6. Tasa de desempleo de larga duración.	6. Porcentaje de desempleados de larga duración.
7. Población en hogares sin empleo.	7. Tasa de desempleo de muy larga duración.
8. Abandono escolar.	8. Número de personas con bajo nivel educativo.
9. Esperanza de vida al nacer.	
10. Estado de salud.	

Estos indicadores son todos de tipo cuantitativo y están enfocados casi todos en el componente económico; solo dos indicadores se relacionan con la salud y la educación.

La Comisión Europea por su parte propone una lista de once indicadores primarios, siete secundarios y once del contexto (European Commission, 2006, p. 18-27).

La propuesta de la C.E. tiene la misma estructura de la precedente: un enfoque en los indicadores de tipo cuantitativo casi exclusivamente de orden económico y un olvido casi total de los indicadores de tipo cultural, social, educativo etc.

Se entiende que en este caso se considera que el elemento de mayor vulnerabilidad se encuentra en el componente económico/financiero del cual se derivan todos los otros elementos de vulnerabilidad y exclusión. Esta hipótesis es claramente limitada.

La tabla que sigue presenta indicadores más amplios (también de tipo cuantitativo) enfocados a seis componentes: indicadores de contexto, indicadores de nivel de ingresos, de trabajo, de formación, de calidad de vivienda y de vulnerabilidad en función de la familia y del hogar, de participación ciudadana.

INDICADORES PARA MEDIR SITUACIONES DE VULNERABILIDAD	
INDICADORES DE CONTEXTO	INDICADORES DE NIVEL DE INGRESOS
Índice de infancia	Umbral monetario de pobreza
Índice de Juventud	Tasa de renta baja después de transferencia
Índice de envejecimiento	Desfase relativo de la renta baja
Índice de envejecimiento elevado	Persistencia de renta baja
Índice de dependencia	
Sex ratio general	INDICADORES DE TRABAJO.
Sex ratio de población activa (15-64 años)	Tasa de actividad

INDICADORES PARA MEDIR SITUACIONES DE VULNERABILIDAD	
Sex ratio de mayores	Tasa de actividad femenina
Tasa de fecundidad total	Tasa de paro
Tasa de mortalidad infantil	Tasa de paro femenina
Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Tasa de paro de larga duración
Densidad de la población por sección urbana	Porcentaje de fuerza de trabajo
Porcentaje población por sección urbana	Proporción de desempleo larga duración
Tasa de crecimiento anual intercensal	% de la población en ramas de actividad definidas
Índice de Aloctonia	% población en cada situación profesional
	% del PLD>45 años y nivel educativo inferior al 2°
INDICADORES DE FORMACIÓN	% del PLD>25 años y nivel educativo inferior al 2°
Tasa de analfabetismo	Tasa de cobertura de desempleo
Tasa de analfabetismo femenina	Tasa de contratos indefinidos
Tasa de analfabetismo funcional (TAF)	VULNERABILIDAD.
TAF femenina	Vulnerabilidad en función de la familia o hogar
Índice de escolarización obligatoria	Inexistencia de un núcleo familiar
% de personas que abandona prematuramente la enseñanza y no sigue estudios posteriores	Inexistencia de un hogar de referencia
% de alumnos matriculados en cada nivel educativo	Tasa inusual de personas dependientes
% de personas con bajos niveles educativos	Tasa de personas adultas en situación de apro
Tasa de idoneidad	Combinación de enfermedad y dependencia de menores
	Miembros del hogar convictos y ex convictos
INDICADORES DE CALIDAD DE LA VIVIENDA	Malos tratos a menores
Regimen de tenencia	Violencia de genero
Dotaciones de las viviendas	Violencia de familia
Dotaciones de los edificios	Absentismo escolar
Antigüedad de la vivienda	Delincuencia
Dimensión de la vivienda	Drogodependencia
Propiedad/Renta	Prostitución
Zona/ubicación de la vivienda	

(Fuente (Navarro, R., & Larrubia Vargas, 2006, p. 504-505) las tablas de indicadores de la calidad de la vivienda y vulnerabilidad en función de la familia y del hogar han sido completadas por los autores de la guía. No ha sido posible identificar indicadores de participación ciudadana).

La propuesta siguiente (Cruz Roja, 2006, p. 13-14) es más extensa y comprensiva, ya que incluye indicadores que abarcan casi todo el espectro de las posibles componentes de la exclusión social. Para completar esta propuesta sería suficiente incrementar el número de indicadores en el interior de cada componente.

FACTORES PRINCIPALES AGRUPADOS SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO.	
Ámbito económico	Sin recursos Rentas mínimas subsidiadas Situación laboral precaria Ilegalidad (ingresos procedentes de actividades) Prostitución
Ámbito Social	Maltrato Baja cualificación Racismo

FACTORES PRINCIPALES AGRUPADOS SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO.	
	Fracaso escolar
Ámbito ambiental y vivienda	Sin vivienda Vivienda precaria Entorno desfavorable
Ámbito Familiar	Maltrato Abusos sexuales Drogas Cárcel
Ámbito personal	Enfermedades exógenas Enfermedades endógenas Problemas derivados de la situación de extranjería

(Fuente: (Cruz Roja, 2006, p. 13)

La tabla propuesta por la Cruz Roja de España tiene la característica de ubicar en una determinada categoría elementos que podrían estar también en otra (ver por ejemplo el maltrato que podría estar al mismo tiempo en la categoría del Ámbito Social pero también Familiar). Este abordaje disminuye la claridad en el abordaje, sobre todo cuando se trata de “medir”.

De otra forma, en la siguiente tabla se añade al concepto de riesgo/vulnerabilidad, una diferenciación en términos de gravedad del riesgo/vulnerabilidad a la exclusión social. Los autores consideran el riesgo extremo, muy alto, alto y moderado ubicando con precisión en cada una de estas categorías tipos diferentes de indicadores. Parece un buen balance entre una necesidad cuantitativa y una cualitativa.

RIESGO	Extremo	Con la categoría de “ <i>riesgo extremo</i> ” están asociados los Factores Principales relacionados con el maltrato, los abusos sexuales, las drogas y la cárcel en el entorno familiar y el fracaso escolar. De esta forma, podría apuntarse que las personas con riesgo extremo de exclusión social han vivido en un entorno familiar violento y en los que ni siquiera el sistema educativo ha conseguido su función de integración y socialización.
	Muy alto	La categoría de “ <i>riesgo muy alto</i> ” está asociada con los Factores Principales que recogen los aspectos relacionados con la ausencia de recursos económicos y el racismo.
	Alto	La categoría “ <i>riesgo alto</i> ” está asociada de forma más intensa con los Factores Principales que han sido etiquetados como vivienda precaria, ilegalidad y prostitución y problemas de extranjería.
	Moderado	Finalmente, el resto de situaciones están más o menos relacionadas con el nivel denominado “ <i>riesgo moderado</i> ”.

Fuente: (Cruz Roja, 2006, p. 14)

Se concluye con una última propuesta (Subirats & (Dir.), 2004, p. 22) que parece retoma algunos elementos de las precedentes, esta sin embargo se extiende sobre un contexto más amplio incluyendo elementos ligados no solamente a factores de tipo económico, sino también sociales (capital social) y culturales. Su cercanía con la lista de la Cruz Roja Española es fuerte, sin embargo hay elementos diferentes de interés.

LA EXCLUSIÓN SOCIAL DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL				
Ámbitos	Principales factores de exclusión	Ejes de desigualdad		
Económico	Pobreza económica, Dificultades financieras, Dependencia de prestaciones sociales, Sin protección social.	Genero	Edad	Etnia/procedencia, lugar de nacimiento
Laboral	Desempleo, Subocupación, No calificación laboral o descalificación Imposibilidad, Precariedad laboral			
Formativo	No escolarización o sin acceso a la educación obligatoria integrada. Analfabetismo o bajo nivel formativo, Fracaso escolar Abandono prematuro del sistema educativo Barrera lingüística			
Socio sanitario	No acceso al sistema y a los recursos socio sanitarios básicos. Adicciones y enfermedades relacionadas Enfermedades infecciosas. Trastorno mental, discapacidades o otras enfermedades crónicas que provocan dependencia			
Residencial	Sin vivienda propia. Infravivienda Acceso precario a la vivienda Viviendas en malas condiciones Malas condiciones de habitabilidad (hacinamiento...) Espacio urbano degradado, con deficiencias o carencias básicas			
Relacional	Deterioro de las redes familiares (conflictos o violencia intrafamiliar). Escasez o debilidad de redes familiares (monoparentalidad, soledad...). Escasez o debilidad de redes sociales. Rechazo o estigmatización social			
Ciudadanía y participación	No acceso a la ciudadanía. Acceso restringido a la ciudadanía. Privación de derechos por proceso penal No participación política y social			

Fuente: Elaboración propia (Subirats & (Dir.), 2004, p. 22)

Estas propuestas permiten tener un abanico de opciones en el momento en el cual se tenga la necesidad de dar una dimensión a la exclusión social. Como se ha visto en el análisis del concepto la exclusión social se encuentra efectivamente en el cruce de otros conceptos y fenómenos en particular con la pobreza.

A los efectos de presente trabajo se puede considerar exclusión grave, en esta fase del proceso de construcción de la guía, aquellos contextos y procesos que responden al concepto de exclusión/pobreza que se dibuja en la sección reservada a la “exclusión social”; que no pueden ser resueltos únicamente con los recursos de los actores excluidos (incluyendo procesos de

resiliencia), y que derivan de “una acumulación de procesos concluyentes con rupturas sucesivas que, arrancando del corazón de la economía, la política y la sociedad, van alejando e “interiorizando” a personas, grupos, comunidades y territorios con respecto a los centros de poder, los recursos y los valores dominantes” (Estevill, 2003)

HACIA EL CONCEPTO DE INTEGRACION SOCIAL

Como se ha visto más arriba el contrario de “exclusión social” no es necesariamente “inclusión social” o “integración” a menos que de la inclusión social o de la integración no se tenga un concepto más elaborado respecto a aquel que es simplemente lo contrario de exclusión.

Una propuesta en este sentido puede ser la siguiente: “Podemos hoy argumentar que, en nuestra sociedad occidental y postindustrial, la plena integración social pasa por la participación de las personas en tres ejes básicos: el mercado y/o la utilidad social aportada por cada persona, como mecanismo de intercambio y de vinculación a la contribución colectiva de creación de valor; la redistribución, que básicamente llevan a cabo los poderes y administraciones públicas; y finalmente, las relaciones de reciprocidad que se despliegan en el marco de la familia y las redes sociales” (Subirats & (Dir.), 2004, p. 15-16).



Modificado de "Pobreza y exclusión social: un análisis de la realidad española y europea" Página 15

Utilidad Social, redistribución y reconocimiento y reciprocidad son los tres mecanismos de integración previstos por este autor y, como el mismo lo subraya: son las interacciones entre estos tres mecanismos que determinan las dinámicas de integración y por consecuencia también las diferencias en sus procesos y resultados. Se puede entonces decir que la integración resulta de la capacidad que “se tiene” para que estos mecanismos sean complementarios, se retroalimenten recíprocamente y constituyan un sistema en equilibrio dinámico.

1.4. INTEGRACIÓN SOCIAL Y FORMAS DE VINCULACIÓN CON LAS DROGAS.

1.4.1. CONTEXTOS, ACTORES Y FORMAS DE VINCULACIÓN A LAS DROGAS. LITERATURA INTERNACIONAL

En la sección “1.3.2.1.4. *Exclusión social y drogas. Primer abordaje a factores sociales y comunitarios*” se empezaron a enunciar algunos de los temas relacionados, por un lado, con la exclusión social y por el otro con el espinoso tema de la vinculación con drogas. En esta sección, trataremos de dar algunos indicios sobre las formas con las cuales la vinculaciones con las drogas se cruzan con procesos de integración social menos afirmativos para el desarrollo humano. Esto significa también que no todas las formas de vinculación con drogas automáticamente se cruzan con procesos de integración social menos afirmativos para el desarrollo humano.

El documento citado en la sección 1.6.2.1.4 (Junta Internacional de Fiscalización, 2012) puede conducir a diversas consideraciones: la primera es que el fenómeno de las drogas es una de las causas de la fragmentación social (reducción o amenaza a la cohesión social); el otro es que la fragmentación social es una de las causas del fenómeno drogas; una tercera puede ser que cohesión social y fenómeno drogas se encuentran asociados en un contexto más amplio constituido por otros “factores” (por ejemplo las dinámicas políticas, financieras y productivas) y constituyen reacciones a las dinámicas de estos últimos. La lectura de ese documento, sin embargo, aunque explícitamente admita las recursividades y retroacciones entre los “factores” ,atribuye al fenómeno de las drogas un significado y un poder particular, casi una forma de etiquetamiento que le hace ocupar el centro del escenario, como si de éste dependieran todos los otros.

El documento que se presenta a continuación no es un documento oficial; sus contenidos retoman aquellos presentados por la Junta Internacional de Fiscalización y, sin embargo, el abordaje es diferente. El centro de la escena parece no estar ocupado por el fenómeno de las drogas, sino por las políticas y sus actores. Este abordaje permite, entre otros, substituir “etiquetas” con “nombres” pasando (sin olvidarlos) de los “factores” a los “actores”.

En la declaración final de la Comisión Latinoamericana sobre Droga y Democracia se lee que “Una evaluación realista indica que: § América Latina sigue siendo el mayor exportador mundial de cocaína y marihuana, se ha convertido en creciente productor de opio y heroína, y se inicia en la producción de drogas sintéticas § Los niveles de consumo continúan expandiéndose en América Latina, mientras tienden a estabilizarse en América del Norte y Europa. En América Latina la revisión a fondo de las políticas actuales es aún más urgente a la luz de su elevadísimo costo humano y amenazas a las instituciones democráticas. Asistimos en las últimas décadas a:

- Un aumento del crimen organizado tanto por el tráfico internacional como por el control de los mercados domésticos y de territorios por parte de los grupos criminales;
- Un crecimiento a niveles inaceptables de la violencia que afecta al conjunto de la sociedad y, en particular, a los pobres y jóvenes;
- La criminalización de la política y la politización del crimen, así como la proliferación de vínculos entre ambos que se refleja en la infiltración del crimen organizado en las instituciones democráticas;

- La corrupción de los funcionarios públicos, del sistema judicial, de los gobiernos, del sistema político y, en particular, de las fuerzas policiales encargadas de mantener la ley y el orden” (Democracia, 2009, p. 5).

Como se comentaba, esta posición no oficial sintetiza posiciones expresadas en documentos oficiales (Junta Internacional de Fiscalización, 2012): “1. El uso indebido de drogas ilegales es uno de los más grandes retos a que se enfrenta el mundo hoy día. Presente en todos los países, del más rico al más pobre, es un problema que afecta a todos los grupos y, en medida creciente, a gente de todas las edades, alimentando la delincuencia, la corrupción y el terrorismo a nivel mundial, generando riquezas inimaginables para unos pocos y daños sin límite para la mayoría, cobrándose millones de vidas y amenazando la sostenibilidad misma de comunidades en todo el mundo. 2. La magnitud y los efectos del problema mundial de la droga ponen a prueba los sistemas de salud, enseñanza, justicia penal, bienestar social, los sistemas económicos y, en algunos casos, incluso los políticos en todo el planeta. Se trata de un problema que ha adquirido enorme impulso y que, con las nuevas tecnologías, Internet incluido, ha hallado nuevos medios de acrecentar su influencia y rentabilidad”.

Los términos utilizados en ambos fragmentos son similares: uso indebido de drogas, delincuencia, corrupción, exportar, producir, consumir... que se refieren a corruptores, exportadores, productores y consumidores... y crimen organizado, violencia que afecta en particular a pobres y jóvenes, la criminalización de la política y la política de la criminalización, infiltración en las instituciones democráticas, corrupción de funcionarios públicos, del sistema judicial.... Esta declaración puede ser entendida como un listado de contextos (producción, tráfico, consumo, instituciones, sistemas, territorios etc.), de actores (productores, traficantes, consumidores, policías, políticos etc.) y de procesos: producir, traficar, consumir, corromper, controlar... Este escrito puede ser tomado como uno entre los puntos de arranque para la identificación de procesos, contextos y actores de este sistema y su vinculación con la droga.

En la identificación de los contextos, de las formas y de los actores de vinculación a las drogas se consideran aquellos en y por los cuales se da o hay razonable riesgo que se den procesos de integración social poco afirmativos para el desarrollo humano. En la práctica esto implica que se crucen por lo menos tres tipos de variables: las variables ligadas a las características de los actores (individuos, familias, grupos, redes, comunidades), las variables ligadas a los contextos y las ligadas a las prácticas sociales que se dan entre los actores en dichos contextos. Recordando que si bien son los contextos o las prácticas sociales las que empobrecen las formas de integración, son en realidad los actores sociales los que generan y/o sufren dicho empobrecimiento.

Sin olvidar la transición de los factores y prácticas sociales a los actores, el reporte de la Junta Internacional de Fiscalización de las Drogas puede ser utilizado como guía para una primera exploración de las formas de vinculación a las drogas. Este documento enfoca su primer abordaje en el tema de la cohesión social y de su relación con las drogas ilegales. Haciendo esto, la Junta subraya el papel central de las comunidades y de los vínculos en la sociedad, y el papel de estos vínculos en la construcción de la cohesión social y en sus derechos. Es una manera diferente de encarar el tema de la integración social y de evidenciar cuales son algunos de sus puntos de fragilidad: “8. Ahora bien, cuando las personas creen que tienen pocos derechos adquiridos en la sociedad en general y, sobre todo, cuando piensan que a esa sociedad le importa poco su bienestar, existe un verdadero peligro de que los lazos que en otras

circunstancias unirían a las personas se debiliten, creando un sentido de comunidad profundamente fracturado y dando gran impulso a una amplia variedad de problemas sociales. El grado de cohesión social existente en las comunidades y sociedades es un verdadero barómetro de su estado de salud. Cuando la sociedad se fractura, por el escaso sentido de cohesión, la consecuencia probable es una multitud de problemas, de los cuales el abuso de drogas y la delincuencia posiblemente sean solo las señales más visibles. Esos problemas pueden conducir a un mayor grado de desorden y la violencia social, como ha sucedido en ciudades de todo el mundo, y el desorden y la violencia social pueden extenderse al conjunto de la sociedad, mucho más allá del ámbito de esas comunidades (Junta Internacional de Fiscalización, 2012, p. 1).

Aunque este documento parezca indicar que “es la creencia de tener pocos derechos adquiridos” lo que hay que atacar y no la falta real de derechos, se trata sin embargo de una referencia rara y precisa porque claramente indica una relación de causa efecto en la cual son las fracturas en el pacto social las que producen como reacción “una multitud de problemas” que a su vez fragmentan ulteriormente a la sociedad. Este fragmento ilustra bien la razón por la cual la integración social es un tema central no solamente en el marco de las políticas de drogas sino también en todas las políticas de construcción de la sociedad mas allá del tema de la salud pública.

Un segundo elemento de vinculación con las drogas es evidenciado en el fragmento siguiente: “Hoy día se observa en países de todo el planeta, en las naciones ricas y en las pobres, la aparición de comunidades marginadas en que la acción combinada de conflictos, violencia, uso indebido de drogas, delincuencia, intimidación, mala salud, educación deficiente y oportunidades de empleo escasas o nulas ha tenido efectos devastadores y es ya lo normal para muchas de las personas que viven en ellas” (Junta Internacional de Fiscalización, 2012, p. 2). Este párrafo habla de una vinculación con las drogas que no se limita a sujetos sino a comunidades enteras en las cuales el consumo es solo una de las variables en juego e indica la ausencia del estado con sus políticas de integración social (educación insuficiente, oportunidades de empleo escasas cuando no claramente al margen de la ley).

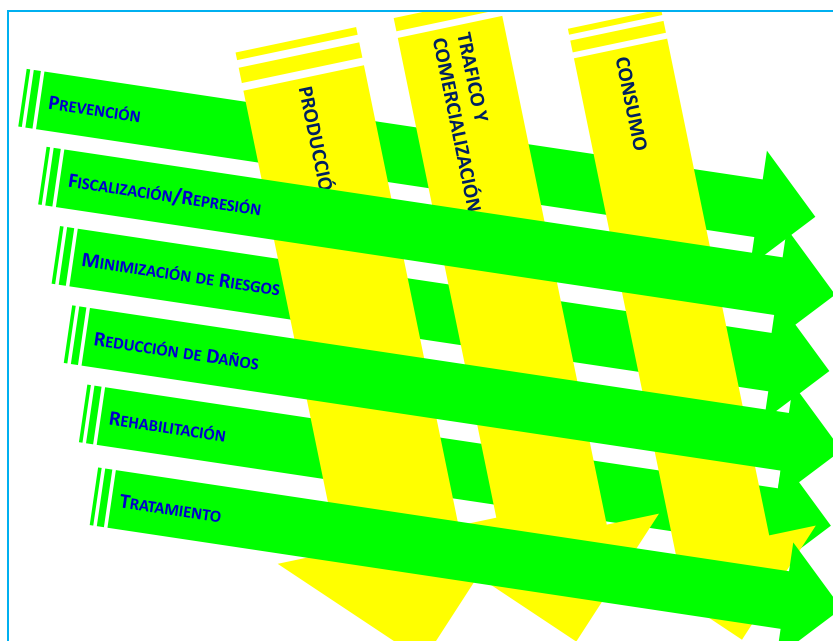
1.4.2. ACTORES Y VINCULACIONES CON LAS DROGAS.

Otro elemento de referencia para la identificación de los actores y de los contextos son los Informes Mundiales sobre Drogas de la Organización de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito (ONUDD/UNODC) que, desde el año 2000, han propuesto y conservan una estructura tripartita: producción, tráfico y consumo (UNODC, 2001) (UNODC, 2005) (UNODC, 2008) (UNODC, 2012). La estructuración de estos reportes ha contribuido a crear tres mundos parcialmente paralelos y distintos, que en realidad se encuentran interconectados en la práctica.



Este esquema, que puede orientar en producir distinciones entre actores, se inspira en la forma en la cual el Informe Mundial sobre Drogas organiza sus contenidos “ producción, tráfico, consumo” (UNODC, World Drug Report, 2011, 2011a, p. 18). Se puede entender que este esquema no contempla el resto de zonas grises existentes, entendiendo con esto todos los actores que ocupan espacios intermedios o que participan simultáneamente de los tres espacios siendo al mismo tiempo actores de la producción, del control y del consumo, o actores del tráfico y de la producción, o del consumo y del tráfico y de la prevención etc. Este abordaje tiene, sin embargo, una ventaja: constituye un marco en el interior del cual es posible incluir a la casi totalidad de los actores. Más que definir perfiles (por ejemplo: el productor, el traficante, el consumidor), crea un espacio en el cual es posible construir perfiles en los cuales a veces se mezclan en manera diferente, dependiendo de los contextos, elementos de producción, de tráfico y de consumo, de su control, reducción o rehabilitación.

Desde un punto de vista formal, puede resultar útil hacer dos consideraciones. En la componente del consumo se han mencionado los actores de la prevención, del tratamiento y de la integración social; en este caso, a la prevención (por lo menos selectiva e indicada) y al tratamiento hay que añadir actores de minimización de riesgo y de reducción de daños. Por otro lado, la integración social es una categoría en la cual se incluyen actores de prevención, reducción del daño, minimización de riesgos y tratamiento. La segunda consideración es que prevención, reducción del daño, minimización de riesgo y tratamiento pueden ser también componentes del área de producción y tráfico. Véase, para ello, la gráfica siguiente.



Gráfica 2: Campo semántico de la integración social en el área de drogas.

Esta gráfica ilustra un campo de interconexiones donde los actores de la producción, del tráfico y de la comercialización, del consumo conviven con aquellos de la prevención, de la represión/fiscalización, de la minimización de riesgos, de la reducción de daños, de la rehabilitación y del tratamiento para dar vida a ese escenario que llamamos “integración social”, de una manera más o menos afirmativa.

Se puede utilizar esta gráfica también para distinguir entre dos componentes: el primero (en amarillo) está constituida por el conjunto de campos relacionados con el desarrollo del fenómeno de drogas (producción, tráfico y comercialización, consumo); el segundo (en verde) es lo que comúnmente se llama el campo de las políticas y planes para contener, gobernar (a veces) disminuir, eliminar, reducir... el impacto del primero (capítulo 2 y 3).

Éste es solo un primer abordaje porque, como se ha visto explorando el concepto de la integración social y de sus vecindades semánticas, éstas se extienden en terrenos desconocidos hasta hace muy poco tiempo por el “discurso oficial” de las drogas, casi exclusivamente centrado en el tema de salud pública: el campo de la economía, del trabajo, de la vida productiva, de los derechos humanos, de la ciudadanía activa, de la participación social, del capital social, de la resiliencia, de la capacidad de responder a los riesgos sociales, de la educación, del medio ambiente, de la pobreza/riqueza, etc. (Subirats i Humet, Gomà Carmona, & Brugué Torruella, 2005), (Quaranta & Quinti, 2005), (Subirats & (Dir.), 2004).

Al hablar de los actores, puede resultar útil considerar a los más expuestos a los riesgos de exclusión en las áreas de producción, venta y consumo, considerando por un lado a todas aquellas personas que son actores activos en producir, vender y consumir, pero también a

Integración social y drogas.

El hecho de considerar en este texto “a los actores más expuestos a procesos de integración social poco afirmativos para el desarrollo humano” y por consecuencia más necesitados de apoyo, no implica que los otros actores (financiadores de la producción, del tráfico y de la comercialización, promotores del consumo etc.) estén formando parte de procesos de integración afirmativos en el seno de sus comunidades o países, ni tampoco que su manera de participar en la vida social y cultural constituya un modelo de referencia para pensar las políticas de integración social.

aquellos que tratan de reducir la producción, la venta y el consumo, sea en sentido de represión, de minimización de los riesgos, de prevención o de rehabilitación (cura). Esta posición se inspira, entre otros, en los cuatro pilares de las políticas de drogas de Suiza que han servido como base para una reflexión razonada a nivel internacional: prevención, tratamiento, minimización de riesgos y fiscalización (Van der Linde, 2002).

Al hablar de los actores de la oferta (y de los otros contextos), puede resultar útil en la práctica el tratar de distinguir entre los actores de la oferta con una mayor vulnerabilidad (y por consecuencia con más altas necesidades de integración afirmativa) de los actores menos vulnerables y por consecuencias con menos necesidades de integración afirmativa (Dietz, Lessmann, Kotowski-Ziss, & Berg, 2001, p. 40). Por ejemplo, entre los actores de la oferta se encuentran también los corredores de las bolsas de valores o funcionarios de los bancos que participan en el lavado de dinero, los financiadores del cultivo y de la transformación del producto natural en cocaína o heroína, los grupos del crimen organizado y las mafias que constituyen la infraestructura estratégica de este tipo de negocio, los funcionarios de los gobiernos que participan en la corrupción etc. Sus condiciones socioeconómicas y sociales son significativamente diferentes de las condiciones de las comunidades agrícolas que participan en el cultivo, de las comunidades locales de alta vulnerabilidad que participan en el narcomenudeo o en la venta callejera o de los consumidores que venden para poder consumir. Es prácticamente útil, sobre la base de las evidencias, establecer diferencias, de manera que sea posible establecer prioridades y enfoques diferenciados. La palabra “inserción” (o inserción social) no tiene efectivamente el mismo significado ni las mismas implicaciones prácticas para todos los actores.

¿Como plantear, en este caso, el tema de la integración social? Los miembros del primer grupo (aquellos que participan en la construcción del negocio de las drogas) son personas en su mayoría que se vinculan a formas de integración afirmativas para su desarrollo económico, pero negativas para el desarrollo social. Las intervenciones que deben plantearse en este ámbito son de tipo penal, de acuerdo al daño que su comportamiento causa al común de la sociedad. En este caso, el proceso jurídico penal juega un rol “pedagógico” y “rehabilitador” relevante.

En el caso de los miembros del segundo grupo (que podemos definir “mano de obra barata o a buen mercado” en el negocio de la droga) se pueden implementar (experiencias que ya se están implementando en la actualidad) medidas que tomen en consideración que una penalización excesiva se convertiría en obstáculo a su inserción social. En estos casos, la despenalización del consumo o del porte por el consumo personal, la amnistía a personas condenadas por delitos menores, la posibilidad que las personas efectivamente farmaco-dependientes condenadas por delitos menores puedan beneficiarse de un proceso de rehabilitación en lugar de pasar su tiempo de pena en la cárcel ... todas éstas y otras son alternativas posibles que les permitan iniciar formas de integración social afirmativas para el desarrollo.

Para extender la descripción de los actores vinculados a las drogas en el área de la producción, resulta útil un documento en el cual se describen las precondiciones para políticas de desarrollo alternativo (Dietz, Lessmann, Kotowski-Ziss, & Berg, 2001, p. 40ss). El documento hace referencia en particular a: (i) las poblaciones afectadas, haciendo una distinción entre aquellos que son beneficiados y aquellos que son “afectados”, (ii) otra distinción se establece entre los problemas ligados al cultivo (es decir, problemas en los cuales se encuentran involucrados pequeños agricultores, personas migrantes, indígenas... que deberían ser los beneficiarios de los

programas de desarrollo alternativo) respecto a sujetos involucrados en la manufactura y el tráfico.

ACTORES DE LA OFERTA: PRODUCCION

Entre los actores de la oferta, partiendo por la vertiente de la producción, se encuentran las comunidades que cultivan (amapola, árbol de la coca y cannabis principalmente). Una idea de su vinculación con las drogas, puede ser deducida de este fragmento de S. Ojeda. “Los campesinos que viven en zonas con cultivos de coca mencionaron cinco grandes problemas asociados a este cultivo. En primer lugar, que tanto las personas con cultivos de coca como aquellas que no los tenían, fueron tratadas como delincuentes (...) toda el área fue señalada como productora de un cultivo de uso ilícito que financia a la guerrilla (Ojeda, 2011). Este hecho tiene consecuencias: la presencia del ejército, la erradicación forzada y las fumigaciones. Estos fenómenos (sobre todo la militarización de los espacios de vida) no es exclusivo de la situación colombiana (Maldonado Aranda, 2012) sino que se da en otros entornos.

Se puede pensar que la situación señalada aquí es el resultado de dos fenómenos: la presencia efectiva de cultivos de sustancias ilícitas, pero también la aplicación de “políticas en blanco y negro”, incapaces de distinguir las diferencias concretas y la complejidad que se observa a nivel local. Esto puede significar, respecto al tema de la vinculación con las drogas, que ésta tiene diversos actores que producen este concepto: los que la cultivan, los que favorecen el cultivo, los que tratan de eliminar el cultivo, los que tratan de controlarlo, los que viven en las mismas comunidades y no participan en el cultivo directamente más que comparten directamente sus beneficios o sus consecuencias negativas. Una pregunta inevitable puede ser entonces: ¿Cuál es el concepto que se considera? Por otro lado, como afirma el documento de la Junta Internacional de Fiscalización de las Drogas, esta vinculación se basa en un fenómeno más profundo que es aquel de la transformación económica de esos territorios (Junta Internacional de Fiscalización, 2012, p. 3-4). Hablar entonces de vinculación con las drogas, sin tomar en cuenta la vinculación de todo ese territorio con dinámicas económicas más profundas y extensas, es del todo irrelevante (sobre todo si se piensa en términos de las políticas que es necesario implementar).

“En segundo lugar (...) llegaron a sus regiones personas foráneas que generaron situaciones de violencia, desde amenazas, pasando por desplazamientos forzados, hasta asesinatos” (ibíd.). Para los campesinos considerados individualmente y para las comunidades involucradas en este fenómeno, esto significa un empobrecimiento social considerable, además de una amenaza para su misma existencia. Sin embargo, observar este tipo de vinculación bajo el punto de vista de la evolución (o destructuración) del capital social no es suficiente. Como lo señala el documento de la JIFE, se trata aquí de una transformación de tipo político (ibídem) entendida, en este caso, como un cambio profundo en las estructuras del poder (quién toma las decisiones y para beneficio de quién). En este caso, también la vinculación con las drogas de estas comunidades puede ser considerada un fenómeno superficial y también ocasional (en el sentido que hubiera podido ser cualquier otro) que permite una mutación de tipo político. Esto parece indicar el fragmento sucesivo.

“En tercer lugar, esta violencia generó la desarticulación de las redes sociales, las cuales tienen un valor muy importante en las comunidades campesinas, pues a partir de estas redes las personas movilizan la solidaridad, que les permite resolver problemas de la vida

cotidiana”(ibíd.). El capital social de la comunidad es también destruido y las ligazones que garantizan la persistencia, la capacidad de resiliencia y la supervivencia desaparecen. Aunque este documento no sea oficial, encuentra confirmación en el documento (este si oficial) de la JIFE. Se trata de una manera de expresar, utilizando otras palabras, el concepto de cohesión social. Si se leen los fragmentos en sucesión, se puede también pensar que el blanco de las dinámicas de fondo (económicas y políticas) fuera efectivamente el capital social (la cohesión social), percibida como obstáculo principal para el desarrollo de dichas dinámicas. La “vinculación” de estas comunidades con las drogas (producidas por medio de procesos construidos fuera de las comunidades), es la oportunidad perfecta para poder implementar otros procesos y dinámicas.

“En cuarto lugar, con la erradicación de los cultivos de uso ilícito se generó un grave problema de seguridad alimentaria en las regiones, dado que estos cultivos generaron una transformación de la producción campesina a un tipo de explotación agrícola de exportación. Los campesinos pasaron de producir muchos productos en su finca para el auto consumo y el intercambio local, a la producción exclusivamente de coca para la exportación. Por lo tanto, en estas regiones los campesinos empezaron a consumir productos traídos de otras regiones e incluso enlatados de otros países. Esta situación es aún más grave en las áreas que fueron objeto de aspersión (...), pues como mencionan las personas afectadas “la fumigación acaba con todo, yuca, plátano, todo por parejo (...) no queda nada, hasta el pasto se muere, la tierra no queda sirviendo para nada””(ibíd.) (Veillette & Navarrete-Frias, 2005, p. 9-12).

También este hecho tiene consecuencias: la pérdida de conocimientos y competencias, la transformación de los sistemas de cultivo, el empobrecimiento de los suelos, la dependencia de otros proveedores de insumos básicos o la pérdida de autonomía. En el momento en el cual se procede entonces con la erradicación forzosa, los campesinos se encuentran simultáneamente “sin

Aquello que poco a poco va emergiendo es que al hablar de vinculación no se habla de un fenómeno unitario, sino de un entramado de condiciones, también como el concepto de integración, multidimensionales, y con un rico territorio de vecindades semánticas.

dinero para comprar alimentos y sin cultivos de comida en sus fincas”. También, en este caso, hay un proceso de fondo, bien indicado en el reporte de la JIFE: aquel de la “economía local basada en la droga” (óp. cit. pag.4-5). El reporte de la JIFE no toma explícitamente en consideración el tema del cultivo y de las comunidades agrícolas en las cuales éste se produce, pero, sin embargo, menciona dos aspectos: el primero, es la substitución de una economía legal por una ilegal; el otro es que, desde la economía de drogas, se puede pasar al consumo de drogas en las mismas comunidades que viven de esa economía. A estos “fenómenos”, el fragmento citado más arriba añade otro: la dependencia económica de otros actores (externos) para satisfacer necesidades básicas de alimentación, salud etc.

“En quinto lugar (...) la degradación ambiental y los efectos negativos en la salud (...) fuentes de aguas se contaminaron por los químicos usados para el procesamiento de la coca. Muchos de los laboratorios estaban ubicados sobre las quebradas, y sobre éstas se derramaron los químicos produciendo problemas de salud en las familias (...) así como la disminución de la pesca (...) las personas que cultivaban sufrieron problemas de salud por el uso de pesticidas y herbicidas químicos (...) (ibíd.)”. Este fragmento constituye también otro tipo de vinculación, en particular con la mutación de la fertilidad de la tierra, con los fenómenos de contaminación y por medio de

esto constituye un “ejemplo” que acomuna el cultivo de drogas con los fenómenos reportados en el Informe sobre Desarrollo Humano 2011 del PNUD (PNUD, 2011, p. 60 ss.), dos en particular: la degradación de la calidad de los terrenos agrícolas, y la exposición a este fenómeno de los pueblos indígenas. En qué medida los pueblos indígenas son sensibles y han sido expuestos a las consecuencias del cultivo ilícito de drogas es evidenciado también por el hecho de que ellos “ Si bien componen alrededor de 5% de la población mundial, poseen, ocupan o usan (generalmente debido a derechos consuetudinarios) hasta 22% del suelo, que alberga 80% de la biodiversidad del planeta. Los pueblos y comunidades indígenas son propietarios legales de alrededor de 11% de los bosques⁷⁶ y se estima que 60 millones de ellos dependen totalmente de los recursos forestales como medio de vida. A menudo habitan ecosistemas particularmente vulnerables a los efectos del cambio climático, tales como pequeños Estados insulares en desarrollo, regiones del Ártico, zonas costeras o de gran altitud, y dependen de la pesca, la caza y la agricultura para subsistir” (PNUD, 2011, p. 60). Si se consideran los fragmentos y las reflexiones formuladas hasta aquí, se puede llegar a tener elementos para pensar que “la vinculación con las drogas” (el cultivo) en el caso de las comunidades que cultivan (admitido que sean comunidades y excluyendo que sean personas o grupos en las comunidades”) aun teniendo consecuencias dañinas para las comunidades mismas, pueda ser considerada un problema menor y, a veces, un pretexto para favorecer otros procesos de más amplio y profundo impacto.

Además de esto, sería tal vez más oportuno hablar de vinculaciones a las drogas que de simple vinculación. Recordado que la raíz de vinculación es “vincire” (vencer) y que su significado es “amarrar”, “atar” (como si el hecho de vencer a alguien consistiera en amarrarlo, en envolverlo, en bloquear su movimiento libre obligándolo a hacer lo que uno quiere, en hacer de una persona libre una persona impotente); por medio de estos fragmentos es posible también entender qué se puede entender por vinculación a las drogas.

Se señalan aquí cinco elementos que permiten una mirada dentro del concepto. Vinculación como el simple hecho de encontrarse viviendo en una región considerada estratégica para intereses de algunos grupos (blanqueadores de dinero, financiadores, traficantes, grupos guerrilleros, carteles, mafias etc.). Vinculación como una parcial o total convergencia de intereses (disponibilidad de dinero, seguridad en la venta del producto etc.). Vinculación como participación activa en la producción por razones diferentes de aquellas de los “grupos de intereses” (superar la pobreza, la limitación en recursos etc.). Vinculación como experiencia colectiva, por la cual, aunque sean pocas personas de una comunidad que participan activamente en el cultivo, es toda la comunidad que es implicada en sus consecuencias. Este tipo de vinculación puede ser ilustrado también como el establecimiento de un sistema de complicidades, a veces voluntarias y a veces forzosas. Vinculación como incapacidad de meter fin a este tipo de situación con sus propios medios, porque las consecuencias de la vinculación con el mundo del cultivo se ha vuelto sistémica (es parte del funcionamiento cultural, económico, social, político) de una comunidad o de una región (vinculación como experiencia de la impotencia para cambiar la situación).

Por lo que concierne este tipo de “vinculación” (a nivel de la producción), lo reportado por S. Ojeda encuentra confirmación también en otros documentos. Estas fuentes subrayan las características estructurales (que aquí pueden ser traducidas como aquellas situaciones en las cuales las comunidades en las cuales se cultiva son incapaces de producir un cambio por sí

mismas porque han sido reducidas a la impotencia) de estas situaciones (GTZ, 2006), (Dietz, Lessmann, Kotowski-Ziss, & Berg, 2001), (GTZ, 2005, p. 5,6), (Veillette & Navarrete-Frias, 2005).

Se puede también entender que el discurso de la vinculación a las drogas cambia significativamente si se considera, por ejemplo, el mercado creciente (y por consecuencia la producción creciente) de metanfetaminas y anfetaminas (UNODC, World Drug Report 2000, 2001), (UNODC, Amphetamine - Type Stimulants in Latin America. Preliminary Assessment report 2011, 2011c, p. 10). En este caso, como indica en particular el documento de UNODC (2011c), existen informaciones para considerar que la producción ilícita de este tipo de sustancias se está incrementando en América Latina, que los precursores necesarios para su producción son “fácilmente accesibles” y que los laboratorios pueden operar casi “en cualquier lugar” y, si fuera necesario, pueden ser “relocalizados” con facilidad también. ¿Cómo considerar en este caso la vinculación con las drogas? Tal vez se necesite más investigación al respecto y no solamente investigación de tipo cuantitativa sino de tipo etnográfico (de cómo se produce en las condiciones y contextos reales de la vida cotidiana), de cómo está ligado a la vida económica, cultural, etc. en todas las componentes del concepto y de la realidad de las formas diferentes de integración social. Se trata, en efecto, de un mercado fragmentado y muy móvil que favorece, al mismo tiempo, un acercamiento a los consumidores y una constante adaptación de los productos en función de una lógica de demanda/oferta. Por esta razón, el concepto mismo de “vinculación” ya no es definido exclusivamente por características de territorios o por intereses comunes, sino por otros aspectos (posiblemente por las redes -OPS, 2010, p. 66) que tienen que ser investigados. Adicionalmente a lo que las investigaciones sobre la dinámica de la oferta de este tipo de drogas muestran, inicialmente puede considerarse válido el criterio anteriormente expuesto de considerar pertinente, a fines del trabajo sobre integración social, aquellos actores más vulnerables o proclives a desarrollar formas de integración poco afirmativas.

ACTORES DE LA OFERTA: TRAFICO Y COMERCIALIZACION

Por lo que concierne el tráfico, puede ser oportuno enfocarnos también en este caso a las personas “más afectadas”. Entre estas “Los correos de la droga que se desplazan por vía aérea (en ocasiones denominados coloquialmente «mulas») son otra técnica de transporte utilizada en el contrabando” (EMCDDA, 2010a, p. 22) y todos aquellos pequeños actores (individuos) que desplazan pequeñas cantidades de drogas en el interior de un país productor o entre países (Bernal C., 2003; Bernal C., 2003), (DNE, 2003), (Mejía O., Fernández G., Vergara L., Gartner T., & Ciro A., 2002). Estos actores son particularmente expuestos a situaciones de alto riesgo y explotación, en particular por las condiciones en las cuales desempeñan sus tareas desde el momento en el cual se conectan con el universo del tráfico, y en todas las fases sucesivas: entrenamiento, preparación de las misiones, ejecución de las misiones, pago, nuevas misiones etc..

Estas personas tienen procedencias culturales y educativas diferentes, incluyen a personas con estudios de secundaria y superior (Mejía O., Fernández G., Vergara L., Gartner T., & Ciro A., 2002, p. 25ss), de edad entre los 20 y los 45 años en alrededor del 80% de los casos. El perfil de este tipo de personas es suficientemente definido, como ilustran Mejía et al.: del punto de vista educativo el 61% tienen secundaria completa, (aunque en Colombia, en el Eje Cafetero alcanza apenas el 39%) . Dicen los autores que este nivel escolar, considerado alto, “puede guardar correspondencia con los requerimientos de la actividad a realizar (trámites migratorios, vuelo,

coartada...), aunque bien cabría una hipótesis de tipo psicológico, que presentaría a las “mulas” como personas con mayor tendencia, dentro de su medio, a destacarse, a “salir adelante”, lo cual se refuerza al saber que 42% del total (38% de los hombres y 51% de las mujeres) han realizado cursos de capacitación laboral, especialmente en áreas administrativas y de sistemas. Se intuye que en los niveles académicos inferiores sea más probable encontrar los correos “destinados al sacrificio”, sobre los que se comenta más adelante (cuarta parte) y cuya delación es realizada por las mismas personas que los contratan, aunque, se insiste, es una simple intuición” (Mejía O., Fernández G., Vergara L., Gartner T., & Ciro A., 2002, p. 29). Se deduce, por consecuencia, que la “mula” no es necesariamente pobre y sin recursos; al contrario, parece ser una persona que “busca alternativas” para su condición y tiene un acervo de recursos que lo habilitan para este tipo de actividad.

Otro tema significativo es aquel del narcomenudeo (Vilalta Perdomo, 2009), por medio del cual se vincula estrechamente el tema del consumo con el tema del “trafico” o venta callejera al “menudeo” (pequeñas cantidades). “El narcomenudeo es un fenómeno que amalgama diversas actividades delictivas que tienen como finalidad proveer de drogas ilícitas a quienes las consumen. Tales actividades son realizadas en los intersticios de las redes sociales (...). La piedra angular de este fenómeno es una relación de mercado, en la cual un vendedor ofrece una mercancía y es interpelado por un comprador que la consume. La variante de las relaciones de mercado a utilizar es la del menudeo, en la cual los compradores son los consumidores del producto (...). En otras palabras, de la cadena de operaciones de mercado que se realizan en el tráfico de drogas ilícitas, el narcomenudeo es entonces el eslabón final del narcotráfico. Así, en el narcomenudeo sólo existen dos tipos de actores: los distribuidores y los consumidores. Los primeros de ellos, según las leyes establecidas, son considerados delincuentes del fuero federal por participar de los llamados delitos contra la salud; los segundos, por su parte, no sólo son considerados delincuentes sino, las más de las veces, también enfermos. (Zamudio A., 2007, p. 31).

Los elementos que aparecen claros son, por un lado, la baja cantidad de sustancias que son vendidas y, por el otro, la vinculación de ambos

actores (vendedores y compradores) con el consumo de drogas. Esta última característica no es general: se encuentran, en efecto, vendedores de calle que no consumen.

Vilalta Perdomo en su investigación (Vilalta Perdomo, 2009, p. 72ss) ha identificado algunas características del narcomenudeo entre estas: (i) el narcomenudeo está fuertemente concentrado geográficamente (se encuentra en lugares llamados “puntos calientes”); (ii) es fuertemente inmóvil (cuando se ha establecido, tiene la tendencia a permanecer en el mismo territorio), (iii) las personas que practican el narcomenudeo (como vendedores) una vez que han sido detenidos y liberados no cambian su lugar de residencia y “trabajo”; esto sucede también

Al hablar de los actores del tráfico y de la comercialización [entre los cuales se contemplan desde los financiadores del macro tráfico, incluyendo a los poseedores de títulos de las grandes empresas de transporte marítimo comprados en el mercado internacional de las bolsas de valores, por ejemplo,... hasta los niños de la calle que transportan cinco dosis de basuco de una esquina a otra] tratamos de hacer dos órdenes de distinciones: la primera es entre tráfico (entendido como transporte) y comercialización (entendida como la acción de comprar o vender) y la segunda entre tipos de actores: el niño de la calle o la mula, el pequeño dealer de barrio no tienen el mismo impacto social de un gran transportista o de un vendedor al mayoreo, sin ignorar que también los “actores menores” están, con frecuencia (mas no sistemáticamente), conectados con redes de mas amplio alcance y extensión.

en el caso de detenciones múltiples. (iv) El 50% de ellos tienen una edad por debajo de los 22 años y casi el 10% se sitúan por debajo de los 18 años.

Al final de su artículo y basándose en estas evidencias, el autor menciona tres recomendaciones: “(i) Procurar una intervención policiaca en pocos lugares. La acción sobre el problema por medio de operativos dirigidos puede lograr una alta efectividad para su erradicación si estos se enfocan geográficamente en los “puntos calientes”. (ii) La intervención directa sobre el “punto caliente” probablemente no tendrá efectos geográficos colaterales indeseables. La evidencia indica que es poco probable una dispersión o descentralización geográfica del narcomenudeo o de los narcomenudistas hacia colonia vecinas. (iii) Se recomienda evitar el patrullaje rutinario y geográficamente aleatorio. Un patrullaje y una vigilancia rutinaria por toda la Delegación no tendrá efecto significativo en la erradicación del narcomenudeo en la zona”. Se entiende, en este caso, que la intervención sugerida no toma en cuenta la vinculación entre el narcomenudista y la droga: éste no es únicamente vendedor; es también consumidor. No se ve, en las propuestas de políticas sugeridas, como la erradicación de los puntos calientes erradicaría también la farmacodependencia y, por consecuencia, la necesidad de vender drogas para consumirla.

Parece comprensible que si, simultáneamente a la intervención policiaca, no se consideran otras opciones que toman en consideración las razones del narcomenudeo (la subsistencia, tener recursos económicos), la variedad de sus actores (consumidores de drogas, familiares de consumidores de drogas, ciudadanos comunes que venden para subsistir) y el tipo de vínculos que tienen con su territorio, el resultado será muy pobre. Pensar, por un lado, en el narcomenudeo como un fenómeno de puntos calientes es ver solamente la parte final del proceso (el momento en el cual el vendedor encuentra al comprador) y, por el otro, pensar que la erradicación del punto caliente no producirá efectos colaterales significa ignorar como están constituidas las comunidades locales y las alianzas territoriales.

Otras perspectivas son posibles, como por ejemplo el indulto por medio del cual el presidente Correa de Ecuador liberó a 2221 presos por tráfico menor de drogas (mulas en jerga), con un enfoque de integración social de los participantes en el último eslabón de la cadena del narcotráfico (Metaal, 2009). Estas perspectivas serán abordadas en el capítulo de las políticas.

ACTORES DEL CONSUMO

¿Quiénes son los actores del consumo? El Informe Mundial de las Drogas estima que en las Américas, entre las personas de edad incluida entre los 15 y los 64 años, existen 40,9/42,8 millones de consumidores de cannabis, 12,9/14,5 millones de consumidores de opioides, 1,1/1,9 millones de consumidores de opiáceos, 8,2/8,6 millones de consumidores de cocaína, 5,1/6,2 millones de consumidores de Anfetaminas, 3,7/4,02 millones de consumidores de Ecstasy (UNODC, 2011a, p. 24). Resulta más difícil tener evidencias de las personas que consumen más de una sustancia y el peso de cada sustancia en el uso etc. Todavía más difícil emanciparse del campo de la sustancia y entrar en el terreno de los contextos (los contextos de exclusión, por ejemplo) en los cuales las sustancias son uno de los elementos y el consumo un elemento todavía menos importante [véase, por ejemplo, una red de amigos en la cual tienen fiestas y encuentros donde hablan de política, de arte, deporte y mujeres u hombres, o amores y odios, entre los cuentos hay también algunos que fuman marihuana, otros que viven experiencias de depresión y usan benzodiacepinas... todo ilícito obviamente. Es un contexto en el cual todos

estos amigos están “de alguna manera vinculado con drogas” algunos porque son amigos de quién consume, otros porque están sentados a su lado, otros porque consumen juntos, otros porque ayudaron a encontrar el mejor vendedor...en un régimen muy represivo una bajada de la policía se los llevaría a todos en la cárcel con excepción de los que consumen benzodiazepinas].

Consumir una determinada sustancia es una forma de vinculación entre la persona y la sustancia. Sin embargo, consumir puede incluir diferentes modalidades de vinculación: explorar (uso basado en la curiosidad y que no rebasa este nivel – la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 de México evidencia como la razón mayor de inicio de uso de tabaco sea la curiosidad (60% de los casos (ENA, 2008,29)); uso ocasional (cuando el consumo no sigue un patrón de uso, es decir que no está vinculado a ningún tipo de hábito); hábito (cuando se observa un patrón, es decir que el uso está asociado a otros acontecimientos – intrapsíquicos, relacionales, de la vida cotidiana o culturales- que tienen una cierta regularidad); uso disfuncional (cuando el uso, independientemente que sea hábito, ocasional o exploratorio) produce consecuencias dañinas a nivel personal, relacional (familia, grupo, trabajo etc.); uso problemático (el uso problemático de drogas es definido por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías como el uso inyectado o el uso regular o de larga duración de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas. Esta definición incluye, específicamente, el uso regular o de largo plazo de opiáceos recetados, tales como la metadona, pero no incluye su uso irregular, ni el uso de éxtasis o de cannabis)); abuso, dependencia o adicción etc.. Los términos son numerosos y a veces tienen interconexiones o equivalencias.

Esta reflexión podría seguir durante muchas páginas más; sin embargo, el punto es que si hablamos de vinculación con las drogas a partir del consumo, el consumo no es una categoría suficientemente clara para describir las formas de vinculación con las drogas.

CONSTRUCCIÓN DE FORMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL NO AFIRMATIVAS PARA EL DESARROLLO A TRAVÉS DEL CONSUMO DE DROGAS.

Considerar que la vinculación entre consumo de drogas y formas de integración social no afirmativas sea también el resultado de una construcción social puede resultar útil cuando se trata de construir procesos (y políticas) para mejorar la integración. Se puede tratar, en efecto, por lo menos en algunas ocasiones, de iniciar por de-construir lo que margina, cambiar las representaciones sociales de la vinculación con las drogas para dar cabida a una cultura más afirmativa.

Entre las vinculaciones que pueden producir formas de inclusión no afirmativas para el desarrollo se encuentran algunas que vale la pena estudiar, tales como la vinculación entre consumo de drogas y violencia, la vinculación entre consumo de drogas y dependencia de drogas o la vinculación entre drogas y fragmentación de la cohesión social (iniciando con la familia).

VINCULACIÓN ENTRE CONSUMO DE DROGAS Y DELITO/VIOLENCIA.

Desde distintas disciplinas (psicología, sociología, antropología,...) se han levantado voces que argumentan que, al menos en muchos aspectos, el consumo de drogas y la delincuencia parecen "ir de la mano". “Este supuesto "noviazgo" (o, matrimonio, si se prefiere) consolidó el estudio de

la relación droga-delincuencia como una necesidad y un reto en el marco de la criminología contemporánea. El análisis de la relación se convirtió, entonces, en la piedra angular de este campo de estudio sobre la que se cimentarían los conocimientos que, a la postre, irían conformando sus señas de identidad. En otras palabras, el estudio de la relación droga-delincuencia adquirió carta de ciudadanía en el campo de la desviación social y, en la actualidad, son muchos los "actores sociales" (psicólogos, sociólogos, legisladores, medios de comunicación de masas,...) que se han erigido en protagonistas de un debate que a muy pocos deja indiferentes" (Otero López, 1999). Este autor ubica el campo del debate sobre vinculación entre consumo de drogas y delincuencia/violencia: el campo de la desviación social y de la criminología y, por extensión, el campo de las leyes de protección de la sociedad. Este tipo de vinculación puede ser considerado como uno de los más importantes, en la medida en la cual contribuye en determinar políticas específicas.

Los estudios son numerosos y, al parecer, todos concuerdan sobre algunos puntos. "El abuso de drogas en los jóvenes altera la dinámica de sus relaciones sociales y puede llevar a una toma de decisiones inadecuada y en ocasiones violenta. El consumo de drogas está altamente relacionado con violencia juvenil. Por ejemplo, determinadas formas de beber producen una pérdida de control; algunas sustancias, especialmente sintéticas, hacen sentir al adolescente más potente, con ansias de acción, sin límites, ni inhibición (MPS, 2009, p. 23)".

Que en muchos casos pueda ser así, hay evidencias que lo prueban. Sin embargo una conclusión de este tipo parece reforzar la opinión que el consumo de drogas y la violencia se encuentran asociados en este orden (el consumo de drogas causa violencia), en la medida en la cual el consumo cambia "la dinámica de las relaciones sociales", independientemente de otros factores (características del contexto, modalidades relacionales preexistentes, cultura de la violencia etc.). Siguiendo esta posición, la asociación entre consumo de drogas y violencia es automática y va en este sentido... (el consumo de drogas es causa de violencia). No es entonces que se pueda pensar que la violencia pueda motivar el uso de drogas (por ejemplo la necesidad de utilizar drogas porque se requiere de una actividad violenta (como en las guerras por ejemplo); no es que se tome en consideración que la droga puede inscribirse en una dinámica de relaciones sociales ya en funcionamiento y que éstas sean violentas, sin alterarlas; y no es que la alteración de las dinámicas relacionales lleve automáticamente a la violencia. Son demasiados asuntos implícitos en esta afirmación para poder ser demostrados por una sola evidencia: la asociación estadística entre el consumo o de drogas y una o más conductas violentas.

Los autores del reporte apenas citado indican algunos "trabajos y sistematizaciones de atención a adolescentes infractores", donde se demuestra "la alta relación entre consumo de sustancias psicoactivas y actos delictivos. Jiménez (2003) dice que en Barranquilla casi el 90% de los jóvenes que ingresan a un centro de recepción de adolescentes son adictos y poli-consumidores de sustancias psico-activas, tales como la marihuana y los derivados de la coca, como la cocaína y el basuco, además de drogas como las benzodiazepinas" (MPS, 2009, p. 23).

Otro estudio realizado esta vez en Costa Rica Sáenz, M.A., Bejarano J. y Fonseca, S. (2006), por medio de entrevistas a 91 infractores de la ley encuentran que : (i) el consumo de drogas lícitas e ilícitas es " muy alto y significativamente mayor que el reportado por la población en general"; (ii) el consumo de sustancias lícitas e ilícitas es muy temprano (antes de los 15 años), (iii) la relación más alta entre consumo de drogas y conducta delictiva se da con el crack y la cocaína.

La “correlación” entre consumo de drogas y violencia parece entonces confirmarse y, más que eso, asumir un perfil claro y menos genérico: la asociación con el uso de crack, por ejemplo.

En un tercer estudio realizado en Chile, siempre con menores infractores de la ley (Pontificia Universidad Católica de Chile y Servicio Nacional de Menores, 2007) los autores afirman que “El compromiso con el uso de drogas en población de adolescentes infractores de ley es extremadamente alto. Las prevalencias alguna vez en la vida de marihuana alcanzan a cerca del 80% y en cocaína bordean el 50%, mientras que las prevalencias de último año o uso reciente son sólo ligeramente inferiores: cerca de 70% en marihuana y casi 40% en cocaína total. Las declaraciones de referencia en población escolar del mismo rango de edad (14-19 años) arrojan estimaciones de alrededor de 20% de marihuana y 7% de cocaína alguna vez en la vida, y de 17% y 5% en prevalencias de último año: las diferencias tienen razones aproximadas de 1 a 4 en marihuana y de 1 a 7 en cocaína (Conace, VI Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar, 2005)”(ibíd. P. 20).

En este fragmento, además de la contundencia de los datos, tenemos también una sugerencia (ésta de tipo emotivo) acerca de la manera de leerlos: “El compromiso con el uso de drogas en población de adolescentes infractores de la ley es extremadamente alto”... el poder de los adverbios!

Sucesivamente los autores informan también de que: “El uso antes de ser detenido es siempre mayor que el uso actual, aunque las diferencias son realmente apreciables sólo en la población con medidas privativas de libertad” (ibid). Esta afirmación puede ser interpretada de muchas maneras; una de ellas puede tener que ver con las políticas: detener a los menores infractores es una medida que hace bajar el uso de drogas, por lo tanto, eficaz en términos de disminución del consumo. Otra lectura es que, aunque estando detenidos, los menores infractores siguen consumiendo... es decir, que el sistema de detención no asegura un contexto libre de drogas. Si se leen los datos, éstas dos hipótesis explicativas no se pueden descartar: “En su conjunto la prevalencia de último mes antes de ser detenido alcanzan a 52% en marihuana y 25% en cocaína (10 y 7 puntos por encima del uso actual respectivamente): la población con medidas no privativas reduce muy poco sus declaraciones de prevalencia actuales, de 48% a 44% en marihuana y de 20% a 16% en cocaína. En población con medidas privativas, en cambio, las variaciones son altas: el uso actual de marihuana cae de 72% a 34% y el de cocaína de 51% a 16%, aunque todavía cerca de 40% de los adolescentes con privación de libertad declaran haber usado alguna droga en el último mes” (ibídem).

Este abordaje a la vinculación entre consumo de droga y delito es utilizado también en el estudio de la asociación entre el tipo de drogas utilizado y el tipo de delito: “Esta misma tendencia se aprecia entre perfiles de riesgo en uso de drogas y tipo de delito: el compromiso delictivo de los grupos de alto riesgo (quienes abusan de marihuana o cocaína) es más severo que el que tienen los grupos de menor riesgo. El 43% de quienes declaran delitos de mayor gravedad, como robo con violencia, reconocen asimismo abuso de drogas, mientras que esta cifra baja a 28% entre quienes declaran delitos de menor gravedad. (óp.cit. p 29)”.

En este abordaje ya no se habla de “asociación simple” sino de perfiles de riesgo, una entidad conceptual más compleja en la cual se reúnen elementos diferentes para dar cara a un fenómeno. Este mismo párrafo puede ser escrito de otra manera produciendo un perfil de riesgo diferente: “El 57% de quienes declaran delitos de mayor gravedad como robo con

violencia no reconocen abuso de drogas, mientras que esta cifra sube a 72% entre quienes declaran delitos de menor gravedad”. Al igual que ocurría con las prevalencias, drogas y delito se mueven en una gradiente que reconoce como punto intermedio el robo con fuerza y delitos semejantes.

No se niega la contundencia de las evidencias producidas; lo que se pone en entredicho es cómo éstas son utilizadas para construir perfiles e identidades que vinculan droga/delito/violencia de forma casi automática, cuando las evidencias no muestran que sea así. Se entiende también que, si para estos tipos de estudios elegimos a grupos de infractores de la ley, el delito ya está dado. Se trata solamente de asociar la mayor o menor violencia y el mayor o menor uso de drogas.

La relación entre uso de droga y violencia/infracción de la ley es particularmente importante porque justifica, “si está científicamente probada”, la aplicación de políticas de represión educativa.

Este tipo de vinculación ha encontrado un apoyo en las investigaciones sociales a partir de los estudios de Goldstein (Goldstein, 1985), que produce el marco conceptual tripartito, según el cual las drogas y la violencia parecen estar interrelacionadas de tres posibles maneras: la sicofarmacológica (“(...) algunos individuos, como resultado de la ingestión de sustancias específicas durante periodos cortos o largos de tiempo, pueden llegar a estimularse y a comportarse irracional y violentamente”) la compulsiva económica (“(...) algunos usuarios de drogas se involucran en delitos económicamente violentos, por ejemplo, para financiar un uso de drogas de alto costo”) y la sistémica (“la violencia es intrínseca al involucramiento con cualquier sustancia ilícita. La violencia sistémica se refiere a los patrones tradicionalmente agresivos de interacción dentro del sistema de distribución y uso de drogas”). El estudio de Goldstein es importante porque ha producido un modelo racional que ha sido adoptado en otras investigaciones. Este estudio se basa en tres investigaciones de campo: una sobre relación entre drogas y prostitución (60 mujeres trabajadoras sexuales fueron entrevistadas); una segunda fue conducida con 201 “usuarios callejeros de opioides” en Harlem (estudio etnográfico entre 1978 y 1982); un tercero (iniciado en 1984), sobre la relación entre drogas y violencia en el “lower east side de Manhattan”. Se puede entender que, si para un estudio de esta importancia escogemos a tres grupos y contextos de alto riesgo, ya tenemos el alto riesgo (con todas sus variables específicas) comprobado; sólo hace falta asociar el consumo de drogas. Abordajes de este tipo son numerosos y contribuyen en producir un perfil que, por el hecho de ser reiterado, se vuelve evidencia: estudios de la conexión entre drogas y violencia (Valdez, Kaplan, & Cepeda, 2006), (Rodríguez, 2007), (Brea de Cabral, 2010), (Torres Castro, 2005), (Sanders, Schneiderman, Loken, Lankenau, & Bloom, 2009), (Forselledo, 2006), (Harper, Davidson, & Hosek, 2008), (Oliveros Donohue & Ramirez Bustamante, 2008); este perfil se vuelve todavía más preciso y convincente cuando se abordan otros estudios, en particular aquellos que demuestran la vinculación entre violencia intrafamiliar y de género y consumo de drogas (Zúñiga Flores, 1996), (Vaiz Bonifaz & Spaní Nakano, 2004), (Márkes, Romera, Merino, Arana, & al., 2002), (CEPAL, 2008), (Alonso-Castillo, López-García, Esparza-Almanza, Martínez-Maldonado, & ak., 2009), (Colombo, Veneranda, Iglesias, & Viglizzo, 2006).

Sin embargo, hay otros abordajes que, si al mismo tiempo no niegan la contundencia de ciertas evidencias, proveen un marco de lectura en el cual “la asociación entre droga y violencia”, no se transforma en una relación causa-efecto entre consumo de drogas y violencia o delito. A este

propósito se han formulado entonces tres hipótesis diferentes: la primera es que el consumo de drogas produce delincuencia; la segunda es que la delincuencia produce consumo de drogas; la tercera es que no hay relación causal entre los dos elementos.

Por lo que concierne la primera hipótesis, la conclusión que se ha logrado puede ser resumida en tres puntos: (i) una línea de investigación conformada por los estudios que han demostrado que la actividad delictiva después de la adicción es significativamente mayor que antes de la adicción (Otero López, 1999); ello para indicar que la vinculación entre consumo de drogas y delincuencia no es automática; (ii) otra línea de investigación ha tratado de ver cuáles son los tipos de delitos más frecuentes realizados por consumidores de drogas y si estos tienen como objetivo conseguir dinero para mantener su hábito. La evidencia en este caso no es concluyente tampoco (ibídem); (iii) la línea de investigación que ha tratado de demostrar el paradigma sicofarmacológico (es decir, que son “los efectos de las drogas aquellos que llevan al sujeto a realizar actividades delictivas”) no ha confirmado este paradigma en el caso de uso de drogas “como la marihuana y la heroína” y se ha confirmado “parcialmente, para otras sustancias tales como el alcohol, las anfetaminas y los alucinógenos (Goldstein, 1985)” (Otero López, 1999).

Por lo que concierne a la segunda hipótesis que afirma que la delincuencia conduce al consumo, la evidencia, basada sobre todo en estudios sobre consumo de heroína, parece ser más favorable. “A este respecto, los trabajos que analizan la secuencia temporal en relación al consumo de heroína, utilizando bien muestras institucionalizadas (ej.: D'Orban, 1970; James, 1969) o bien en tratamiento (ej.: Cuskey y cols., 1973; Vaillant, 1938), concluyen que la delincuencia aparece antes del consumo de heroína. El consenso se ve fortalecido si tenemos en cuenta que a esta misma conclusión llegan otros estudios que incluyen otras sustancias además de la heroína (ver, por ejemplo, los trabajos de Dobinson y Ward, 1986; Scott y Willcox, 1965; Voss y Stephens, 1973). Aunque, quizá la confirmación más clara a este planteamiento deba buscarse en algunos estudios con adolescentes de la población general (ej.: Elliott y Ageton, 1976; Johnston y cols., 1978) que demuestran que la delincuencia conduce al consumo de drogas” Sin embargo, afirma López Otero, “la evidencia tampoco puede considerarse definitiva ya que, como apuntan White y cols. (1985), *el patrón de progresión delincuencia-droga no refleja el patrón dominante*”.

Por lo que concierne a la tercera hipótesis que sugiere que “no tiene sentido examinar la relación causal entre las conductas de consumo y delictivas, ya que esta relación es 'artificial' y es el resultado de que ambas conductas tienen determinantes comunes”, las investigaciones hechas parecen confirmar que la relación entre el consumo de drogas y la delincuencia es espuria; resultados obtenidos por otros investigadores confirman que los dos elementos son parte de un mismo nodo (Jessor y Jessor (1977) y Kandel (1978) citados en Otero-López). Otros resultados “apoyan consistentemente la 'existencia de terceras variables' que dan cuenta de ambos fenómenos y, por tanto, las 'responsables' de la relación. Más específicamente (...) si queremos predecir el consumo o la delincuencia de los adolescentes, de cualquier grupo muestral, debemos siempre recurrir a variables de sus entornos primarios (familia, escuela y grupo de iguales) y personales (por ejemplo, búsqueda de sensaciones, autoestima, impulsividad), pero en ningún caso tratar de explicar razonablemente una conducta por la otra (droga-delincuencia, delincuencia-droga)”. Estas posiciones parecen ser apoyadas también por otros autores, como por ejemplo Orte Socas, que estudia las relaciones entre conductas antisociales, conflictos escolares y consumo de drogas (Orte Socas, 1999), (Del Olmo, 1999).

1.4.2.3.3 VINCULACIÓN ENTRE CONSUMO DE DROGAS, DEPENDENCIA Y SALUD MENTAL

Haber establecido una conexión directa entre el consumo de drogas y la farmaco-dependencia, por un lado, y de ésta con trastornos mentales por el otro (Szerman Bolotner, Ariás Horcajadas, & al., 2011) ha producido una mayor comprensión de los fenómenos de las adicciones y, por consecuencia, también la producción de respuestas mucho más eficaces: ver, por ejemplo, el trabajo implementado para el diagnóstico y el tratamiento de casos de diagnóstico dual. En este caso, la implementación de protocolos secuenciales, en paralelo o integrados ha dado resultados prometedores, hasta el punto de que se ha convertido en protocolo operativo para pacientes con diagnóstico dual reconocido por el Ministerio de la Salud en algunos países (Giunta Regionale del Veneto, 2004).

Estas modalidades de trabajo implican un alto grado de integración entre los servicios de las diferentes áreas (medicina, psicología, trabajo social etc.), de manera tal que es la integración entre los servicios y las comunidades el elemento que permite mejorar la calidad de los procesos de integración social. Por otro lado, esto permite también contener algunos efectos indeseados, por un lado, de la concepción dual y, por el otro, de la vinculación entre consumo de drogas y dependencia. Sucede, en efecto, que la concepción “dual” de la dependencia de drogas conduce a pensar que todo tipo de consumo puede ser un indicador potencial de trastorno mental y, por otro lado, que se considere a todo consumidor como potencial o real farmaco-dependiente, produciendo como consecuencia el fortalecimiento de medidas que poco tienen que ver por ejemplo con el consumo ocasional, el consumo exploratorio o el consumo no disfuncional (TNI-WOLA, 2009).

VINCULACIÓN ENTRE CONSUMIDORES DE DROGAS Y EL MERCADO DE LAS DROGAS (NARCOTRAFICO)

Existe la hipótesis según la cual la vinculación entre el consumidor de drogas y el mercado de las drogas (narcotráfico) es fuerte y directa, y que éste es un factor de riesgo. En el caso en el cual esta conexión sea directa, el riesgo existe sin lugar a dudas. Se trata de saber en qué medida existe, si es sistemático o no, y otras características de dicha asociación. Este tipo de conocimiento permitiría tener una idea más exacta del tipo de vinculación que existe entre el consumidor de drogas y el universo del narcotráfico, de cara a establecer políticas que tengan vinculación con algunas evidencias. El concepto mismo de “narcomenudeo” (comercio de droga a pequeña escala) se basa en esta hipótesis: la difusión de la venta a pequeña escala implica la extensión del mercado de drogas y su capilarización. Ahora bien, si se observan las evidencias que se tienen este concepto, parece no ser tan universal. En la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 del CONADIC (México) se lee: “A las personas encuestadas se les hizo la pregunta *¿Alguna vez le han ofrecido marihuana regalada?* En caso afirmativo, se preguntó la edad en que el incidente ocurrió; también si se la habían ofrecido comprada y, nuevamente, la edad en caso de respuesta afirmativa. En un segundo momento, se repitieron las preguntas para el caso de cualquier otra droga, incluyendo el número total de oportunidades de uso. A partir de estas preguntas, se evaluó la prevalencia condicionada, es decir, la proporción que usa drogas dada la oportunidad. (...). Aproximadamente, una de cada cinco personas (17.7%) de entre 12 y 65 años de edad (...) informó haber estado en una situación en la que le ofrecieron drogas. Resultó que

la marihuana es la droga a la que la población se encuentra más expuesta (16.6%) (figura 7). Las mujeres están menos expuestas que los hombres a la oportunidad de usar drogas: 6.8% de ellas indicó que le habían ofrecido marihuana regalada, en comparación con 27.3% de los hombres en el mismo caso. A 2.3% de las mujeres se le ofreció para que la compraran, en comparación con 10.4% de los hombres en el mismo caso. Para el caso de otras drogas, las proporciones fueron las siguientes: 7.6% mujeres y 28.6% hombres para la oferta regalada y 2.6% mujeres y 11.5% hombres para la oferta comprada (figura 8)” (CONADIC, 2008, p. 44-45). Este tipo de estudio parece indicar que la vinculación entre consumidor y mercado de la droga no es un hecho automático y, por consecuencia, puede ser tomada en consideración la posibilidad que tampoco las políticas lo sean.

Por otro lado, los estudios de los mercados de droga a nivel de la relación directa entre vendedor y consumidor ha evidenciado que las formas de micro-comercialización se insertan en el marco de contextos relacionales que van mas allá del mercado de las drogas. “El tema de la oferta social de drogas ilícitas es importante, dado que delimita una categoría separada de micro-tráfico, en la cual los amigos suministran o facilitan la oferta a otros amigos. Se argumenta que la oferta de esta naturaleza es sustancialmente distinta al narco-menudeo tradicional, de cara a justificar un enfoque penal diferente. Se argumenta que es especialmente cierto en el caso de suministro entre gente joven que usa sustancias como el cánnabis. Esta investigación involucró entrevistas con 192 usuarios de cánnabis en seis localidades (tres rurales y tres urbanas) en Inglaterra. La mayoría eran usuarios de cánnabis. Casi la mitad (45%) habían estado involucrados en alguna forma de oferta y el 78% contó que compartía el cánnabis con otros. La mayoría de los hechos de suministro se realizaron entre amigos de edades cercanas. Los hallazgos sugieren que hay poco contacto entre usuarios jóvenes de cánnabis con el Mercado amplio de drogas y que esta actividad se puede entender mejor si se considera como teniendo lugar en un “espacio de transición”, más que considerarlo como una extensión de los que normalmente se considera como el mercado de drogas. Argumentamos que hay diferencias suficientes en esta zona de transición respecto del mercado convencional de drogas para que el enfoque empleado sea menos punitivo penalmente hablando” (Coomber & Turnbull, 2007), (Ritter, 2006).

VINCULACIÓN ENTRE CONSUMO DE DROGAS Y FRAGMENTACIÓN DE LA COHESIÓN SOCIAL (FAMILIA, COMUNIDAD ETC.)

Se puede considerar como elemento de anclaje inicial el concepto de cohesión social propuesto en el documento de CEPAL_2007 (CEPAL, 2007, p. 16) definido “como la dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan”. Este concepto, que será el utilizado en adelante, ofrece algunas ventajas. En primer lugar, permite vincular dimensiones de la realidad que, por lo general, transcurren por carriles divorciados: la política social y el valor de la solidaridad difundido en la sociedad; las sinergias entre equidad social y legitimidad política; la transmisión de destrezas y el empoderamiento de la ciudadanía; las transformaciones socio-económicas y los cambios en la interacción social; los cambios socio-económicos y los cambios en la subjetividad colectiva; la promoción de una mayor igualdad y de un mayor reconocimiento de la diversidad —sea esta de género, etnia o raza—, las brechas socioeconómicas y el sentido de pertenencia. Aunque la cohesión social no se describe como una panacea, cuya plena

realización se postule, sí se plantea su “carácter fundamental en un enfoque sistémico del desarrollo (ibid)”.

Este abordaje tiene, sin dudas, todas las ventajas que los autores mencionan, aunque queden por definir algunos de los conceptos que ellos utilizan y que son elementos constituyentes esta definición: respuestas, percepciones, disposiciones, ciudadanía, solidaridad, interacción social, equidad, igualdad, sentido de pertenencia etc. Tener una idea de cómo estos términos son utilizados ayudaría, por un lado, a entender cuándo se habla de conceptos y cuándo se habla de fenómenos y el nivel de correspondencia que hay entre los dos (sabiendo que las políticas se aplican a fenómenos y no a conceptos); y, por el otro, ayudaría a entender mejor el alcance y las implicaciones del Informe 2011 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

“Hoy día – dice el *Informe*- se observa en países de todo el planeta, en las naciones ricas y en las pobres, la aparición de comunidades marginadas en que la acción combinada de conflictos, violencia, uso indebido de drogas, delincuencia, intimidación, mala salud, educación deficiente y oportunidades de empleo escasas o nulas ha tenido efectos devastadores y es ya lo normal para muchas de las personas que viven en ellas. En esas comunidades, el uso indebido y el tráfico de drogas, así como la delincuencia organizada, son ya fenómenos cotidianos. Hay zonas donde la capacidad de las autoridades nacionales y locales para poner orden en las actividades usuales se ve ante desafíos crecientes y donde bandas de malhechores fuertemente armados y con abundantes medios financieros se han arrogado el papel de garantes de la gobernanza local, imponiendo pautas de vida a la población mediante una combinación de intimidaciones y recompensas pasajeras. El problema del uso indebido de drogas ha cobrado un ímpetu extraordinario en esas comunidades. Los jóvenes que se crían en ellas suelen sentirse atraídos por la inmensa riqueza y alta categoría de las que parecen gozar los que se dedican al tráfico y el menudeo de drogas” (Junta Internacional de Fiscalización, 2012, p. 2).

Es innegable que hay situaciones que tienen un parecido cercano con lo que se afirma en este fragmento (es suficiente pensar en algunas ciudades de la frontera norte de México). Sin embargo, en términos de vinculación entre comunidades y droga, este fragmento constituye también una forma de representar una realidad y de proponer una especie de equivalencia entre comunidad marginada y comunidad violenta, entre comunidad marginada y comunidad que “consume drogas”, de jóvenes de estas comunidades marginadas como jóvenes que consumen drogas. Son muchas vinculaciones (o muchas formas de vinculación) todas juntas que al final constituyen un entramado en el cual se queda atrapada una comunidad entera... como se ha observado en el caso del cultivo de drogas. Si así fuera, este abordaje fortalece procesos de estigma y marginación probablemente más allá de las expectativas de los autores de este artificio retórico.

Como respuesta a este panorama, la Junta propone diez “Respuestas” con el siguiente encabezado: “Romper el círculo vicioso de la desintegración social y los problemas relacionados con las drogas que exige un enfoque multidisciplinario que cuente con la participación de los interesados a todos los niveles, en particular la ciudadanía, las familias, la sociedad civil, los distintos estamentos del gobierno y el sector privado” (Junta Internacional de Fiscalización, 2012, p. 5). Se entiende que no hay necesariamente una relación de orden entre los diversos actores mencionados (ciudadanía, familias, sociedad civil etc.), aunque es significativo este esfuerzo de proponer procesos de abajo hacia arriba. A pesar de ello, sucesivamente, en el marco de las diferentes recomendaciones tomadas separadamente, este esfuerzo parece

desaparecer por completo: en nueve de las diez recomendaciones el factor central son los “gobiernos” mientras que “la ciudadanía” como tal desaparece por completo como si fuera imposible pensarla como actor en sí. Estos aspectos serán elemento de reflexión en el capítulo dedicado a las políticas.

CONSUMO DE DROGAS Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL.

Los medios de comunicación social (en sus diferentes áreas, desde la comunicación política, a la deportiva, desde la científica hasta la del ocio, desde los medios formales y muy estructurados hasta los medios no formalizados y más improvisados) representan un factor muy relevante, siendo su vinculación con las drogas muy especial: no se puede ubicar en el ámbito de la producción de drogas, aunque a veces la favorezca, y a veces contribuya a inhibirla; no se puede ubicar en el marco del tráfico o de la comercialización, aunque a veces, aun sin quererlo explícitamente en algunos casos, constituya una especie de campaña publicitaria implícita; no se puede decir que favorezca el consumo, aunque a veces sin quererlo lo promueva... y sin embargo ocupa el discurso científico (Prieto, 2009) (Martínez Verdu, 2007), político y cultural (Plan Nacional Sobre Drogas, 2000). Por otra parte, los actores de los medios de comunicación de masas no pueden ser considerados entre aquellos más expuestos a procesos de exclusión social, aunque es innegable que muchos periodistas han muerto por tratar de visibilizar complicidades y hechos relacionados con el mundo de las drogas y muchos medios han sido hostigados y cerrados por la misma razón. Su presencia, entonces, en el marco de los actores vinculados con drogas y en riesgo de exclusión social grave puede ser cuestionada. Sin embargo, los medios de comunicación de masas pueden entrar en el marco de la vinculación con drogas por la “sustancia” que ellos producen: información. Sin esta “sustancia” no hubiera probablemente ningún tipo de vinculación con las drogas merecedora de atención política, ni políticas tampoco. Si los medios de comunicación social son productores de formas de integración más o menos afirmativas para el desarrollo. Se puede, por ende, pensar que esta “sustancia” se convierte en formas específicas de vinculación, como veremos en los párrafos que siguen.

El Informe de la JIFE tiene una manera muy heurística de presentar este asunto: “Nuevas culturas del exceso. (...) ciertas personas que gozan de un alto nivel de vida pueden llegar a considerar que ya no necesitan vivir con arreglo a las normas, costumbres y convenciones de la sociedad en sentido amplio y adoptar pautas de conducta autodestructivas. En algunas de esas personas, el abuso de determinadas drogas (como la cocaína en polvo) puede llegar a simbolizar su triunfo y su alta categoría. El consumo de drogas por celebridades y algunos otros personajes del mundo de las artes, la música y el ocio posiblemente se vea como una muestra de su talento creativo y su alta posición. La consiguiente aparición de una cultura de aceptación del uso indebido de drogas por parte de algunas personas y grupos sociales puede contribuir a una normalización creciente de ciertas formas de abuso de drogas en la sociedad en general y conducir a su vez a la socavación de la cohesión social (Junta Internacional de Fiscalización, 2012, p. 4).

Se aprecia aquí el hecho que en el frente del escenario se encuentren (aparezcan dice el texto, como si surgieran de un mundo mágico) algunas personas que tienen el mismo papel de los consumidores de drogas de las comunidades marginadas, o de las comunidades que participan en el cultivo: las celebridades del arte, de la música, del ocio (hubieran podido decir también del


deporte, de la literatura, de la arquitectura, de la política etc.). Lo que no aparece son las estructuras que hacen de estas personas “celebridades”, modelos de vida promoviéndolos a nivel local (pequeñas comunidades) y a nivel mundial. Se tiene la impresión que estos factores, como los cultivadores y consumidores que hemos encontrado más arriba, nace y se hacen todos por si solos. Esta es una vinculación muy curiosa entre los factores de los medios de comunicación y la construcción de la cultura de masas (incluyendo obviamente a las redes sociales virtuales), una vinculación que crea movimientos de masas, comportamientos y procesos; vinculación que no “aparece”, que se queda invisibilizada.

En otros contextos y análisis, este actor y su papel (tipo de vinculación) aparecen de forma más clara y entendible. “En la creación de estereotipos, que son fácilmente asimilados por el conjunto de la sociedad, tienen una responsabilidad fundamental los profesionales de la comunicación” (Martin, 2007, p. 6). En este caso, los actores que participan vinculados con drogas no se quedan ocultos detrás de aquellos que ocupan el escenario, sino que son totalmente visibles. Sigue la cita: “Hay unos cuantos estereotipos en el ámbito de las drogas que con frecuencia se utilizan en los medios de comunicación. Queremos destacar en este apartado los dos más relevantes: • Utilizar ‘la droga’ en lugar de ‘las drogas’ cuando se quiere referir genéricamente al problema que ocasiona el consumo de estas sustancias. (...) nos damos cuenta que el fenómeno no es de la droga, si no de las drogas, es decir, de las muchas sustancias químicas que por su toxicidad y su potencialidad adictiva suponen un grave riesgo para la salud de la población. Al hablar de la droga, en singular, estamos lanzando un mensaje codificado que el lector u oyente interpreta como la “heroína” y todo lo que ésta conlleva: marginalidad, delincuencia, inseguridad ciudadana, etc. Utilizando este estereotipo se está dando una información limitada del verdadero fenómeno, lo que contribuye poco, o nada, a crear una actitud adecuada a la dimensión real del tema. (...). • Identificar al consumidor de drogas con la imagen del toxicómano marginal o delincuente. Esta es otra simplificación, tal vez relacionada con la anterior, que no se corresponde con la realidad. Hoy en día, la mayoría de las personas que consumen drogas no pertenecen a grupos marginales, sino que están perfectamente integrados en la sociedad, la familia, el trabajo o los centros docentes. Muchas de las sustancias adictivas que se consumen no producen un síndrome de abstinencia tan compulsivo que obliguen a robar o a atracar para conseguirlas; además, algunas suelen ser económicamente accesibles para los bolsillos de las personas que las toman, por lo que no se ven impelidos a buscar dinero ajeno para mantener su adicción(ibídem)”.

Son dos ejemplos que ilustran como ciertas “vinculaciones” sean el resultado de un proceso de construcción y correspondan más a una realidad representada que “real”, sin embargo contribuyen en producir actitudes, conductas y políticas que esas si son reales.

Se llega de esta manera a comprender que algunas de las vinculaciones son “artificiales”, aunque produzcan consecuencias reales. Entre estas vinculaciones se encuentran los estereotipos. Veanse por ejemplo los siguientes: “ (i) La droga es ilegal.- Prácticamente nunca se utiliza esa denominación para sustancias psico-activas adictivas que son de venta legal. (ii) La droga es juventud.- Se realiza una correlación casi perfecta entre consumo de drogas y juventud. (ii) El consumo de drogas no tiene consecuencias excesivamente malas.- En la mayoría de representaciones de consumo de drogas televisadas las consecuencias son muy suaves. (iii) Las sobredosis son divertidas.- Es frecuente ver que el exceso de consumo de algunas sustancias es motivo de diversión para el protagonista de la acción y para su entorno. (iv) Las drogas se

producen en unos países y se consumen en otros.- Los medios transmiten la idea de que unas naciones ponen la droga y otros las víctimas. (v) Los jóvenes que no consumen son aburridos.- Los medios transmiten la imagen de jóvenes que rechazan el consumo de drogas como “ñoños” (Martin, 2007).



BIBLIOGRAFIA – CAPÍTULO 1

1. CEPAL (2008). *Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar*. Santiago del Chile: 2008.
2. Alonso-Castillo, M. M., López-García, K. S., Esparza-Almanza, S. E., Martínez-Maldonado, R., & ak., e. (2009). Violencia contra la mujer y su relacion con el consumo de drogas en el area metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo* , 11, 81-95.
3. Anaut, M. (2003). *La résilience:surmonter le traumatisme*. Paris: Nathan.
4. Barnes, J. (1954). Class and Committees in a Norwegian Island Parish. *Human Relations* , VII (1), 39-58.
5. Belliveau, M. A., O'Reilly, C. A., & Wade, B. (1996). Social Capital at the Top: Effects of Social Similarity and Status on CEO Compensation. *Academy of Management Journal* 39: 1568 - 1593. , 1568-1593.
6. Bernal C., H. (2003). *Modalidades de Trafico de drogas llicitas*. Tratto il giorno 2012 da http://www.asiquim.cl/web/documentos/Presentaciones_CONACE_CICAD/Presentaciones_HBernal_e_IsaacUrrutia/Trafico_de_drogas.pdf.
7. Bobbio, N. (1995). *Derecha e izquierda*. Madrid: Santillana-Taurus.
8. Boissevain, J. (1978). *Friends of Friends:networks, manipulators and coalitions*. Oxford: Basil Blackwell.
9. Boissevain, J., & Mitchell, J. (1973). *Netwrok Analysis, Studies on Human Interaction*. The Hague-Paris: Mouton.
10. Bonet i Martí, J. (2006). La vulnerabilidad relacional: análisis del fenómeno y pautas de intervención. *REDES - Revista Hispana para el análisis de redes sociales* , 11 (4).
11. Bott, E. (1957). *Family and Social Network*. London: Tavistock Publications.
12. Bourdieu, P. (1986). The forms of Capital. In J. G. Richardson, *Handbook of theory and research for the sociology of education* (p. 241-258). New York: Greenwood Press.
13. Bourguignon, O. (2000). Facteurs psychologiques contribuant a la capacité d'affronter des traumatismes chez l'enfant. *Devenir* , 121 (2), 77-92.
14. Brea de Cabral, M. (2010). Factores de riesgo y violencia juvenil en Republica Dominicana. *Revista de Psicología Científica* , 12 (30).
15. Brodeur, C. (2003). Travail en réseau et territoires d'action. *Cahiers de l'Actif* , 324/325.
16. Brodeur, C., & Rousseau, R. (1984). *L'intervention de Réseau: une pratique nouvelle*. Montreal: France-Amérique.
17. CEPAL. (2007). *Cohesión Social. Inclusion y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago del Chile: CEPAL.
18. CEPAL. (2000). *Equidad, desarrollo y ciudadanía*. Santiago del Chile: CEPAL.

19. CEPAL. (2008). Violencia Juvenil y Familiar en América Latina: agenda social y enfoques desde la inclusión. *Panorama Social de América Latina* , 171-207.
20. Colombo, G. Y., Veneranda, L., Iglesias, M. G., & Viglizzo, M. (2006). Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio de maternidad. *Revista Argentina de Sociología* , 4 (7), 73-98.
21. CONADIC. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Ciudad de México: CONADIC, INP.
22. Coomber, R., & Turnbull, P. (2007). Arenas of drug transactions: adolescents cannabis transactions in England-Social supply. *Journal of Drug Issues* .
23. de Haan, A. (1998). Social Exclusion. An alternative concept for the study of deprivation? *IDS Bulletin* , 29 (1).
24. De Swaan, A. (1995). Lo studio sociologico delle società trasnazionali. *Democrazia Diretta* (2).
25. Dekker, P., & Uslaner, E. M. (2001). *Social Capital and participation in everyday life*. Routledge.
26. Del Olmo, R. (1999). Violencia Juvenil y Consumo de Drogas: Modelos Teóricos (Algunas inquietudes preliminares). *Congreso Virtual "Violencia Juvenil y Consumo de Drogas"*. Congreso virtual.
27. Dietz, E., Lessmann, R., Kotowski-Ziss, J., & Berg, C. (2001). *Drugs and Development Programme (ADE)*. GTZ. Tratto il giorno 2012 da www.GTZ.de.
28. DNE. (2003). *Observatorio de Drogas de Colombia. Acciones y Resultados 2003*. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes.
29. EMCDDA. (2010a). *La Cocaína. Una perspectiva de la Unión Europea en el contexto mundial*. Lisboa: EMCDDA.
30. Estada, J. P., Griffin, K. W., Botvin, G. J., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo* (84), 9-17.
31. European Commission, E. (2006). Portfolio of Overarching Indicators and Streamlined Social Inclusion, Pensions and Health Portfolios. Bruxelles: E.C. Employment, Social Affairs and Equal opportunities DG.
32. Figueiredo, J., & (eds), d. H. (1998). *Social Exclusion. An ILO perspective*. Geneva: ILO.
33. Forselledo, A. G. (2006). *Una aproximación al perfil de las pandillas violentas*. Washington DC: Universidad de Estudios Superiores a Distancia.
34. Fukuyama, F. (1995). Social Capital and the Global Economy. *Foreign Affairs* , 74 (5), 89-103.
35. Giunta Regionale del Veneto, V. (2004). *Protocollo operativo pazienti con doppia diagnosi psichiatrica*. Venezia: Regione del Veneto.
36. Goldstein, P. J. (1985). Drug/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues* , 39, 143-174.

37. Gordon, S. (2003). Ciudadanía y derechos: criterios redistributivos? *Serie Políticas Sociales* (70).
38. Gore, C., & Figueiredo, J. (1997). *Social exclusion and anti-poverty policies*. Geneva: ILO.
39. Grieco, M. (1987). *Keeping in the Family*. London: Tavistok Publications.
40. GTZ. (2005). *Control de Drogas Orientado hacia el Desarrollo. Políticas, estrategias, experiencias y enfoques de solución intersectoriales*. Tratto il giorno 2012 da www.GTZ.de.
41. GTZ. (2006). *Lessons Learned from Alternative Development in Latin America*. Tratto il giorno 2012 da www.gtz.de.
42. Haq, M. (2011). El paradigma del desarrollo humano. In PNUD, *Políticas públicas para la inclusión social de la población afrodescendiente* (p. 15).
43. Harper, G.-W., Davidson, J., & Hosek, S. (2008). Influence of Gang Membership on negative affect, substance use, and antisocial behaviour among Homeless African American male youth. *American Journal Mens Health* , 2 (3), 229-243.
44. Hopenhayn, M. (2007). Cohesión Social: una perspectiva en proceso de elaboración. In A. Sojo, & A. Uthoff, *Cohesión social en América LATina y el Caribe: una revision perentoria de lagunas de sus dimensiones* (p. 37ss). Santiago del Chile: CEPAL.
45. Hopenhayn, M. (2006). Desigualdades Sociales y derechos Humanos: hacia un pacto de protección Social. Reunion de Expertos Sobre Población, Desigualdades y Derechos Humanos. CEPAL .
46. Hossain, N. (1999). *How do Bangladeshi Elite Understand Poverty*. Tratto il giorno 2012 da <http://www.ntd.co.uk/idsbookshop/details.asp?id=475>.
47. Jackson, C. (1999). Social Exclusion and Gender: Does one Size Fit All? *The European Journal of Development Research* , 11 (1), 125-146.
48. Jiménez, A. (2003). *Retacitos de vida*. Barranquilla: Don Bosco.
49. Junta Internacional de Fiscalización, d. E. (2012). *Junta Internacional de Fiscalizacion de Estupefacientes. Informe 2011*. Nueva York: UN.
50. Kadushin, C. (1982). Social density and mental health. In P. Marden, & N. (. Lin, *Social Structure and Network Analysis*. London: Sage.
51. Kieffer, C. (2001). The emergence of empowerment of participatory competence among individuals in citizen organisation. In e. Malaguti, *La Résilience: le réalisme de l'espérance*. Paris: Arès.
52. Krieger, N. (2000). Glosario de Epidemiología Social. *Journal of Epidemiology and Community Health* .
53. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
54. Luthar, S., Cecchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development* , 71 (3), 543-562.

55. Márkes, I., Romera, C., Merino, C., Arana, X., & al., e. (2002). Violencia doméstica, consumo de sustancias y otras circunstancias concurrentes. ¿El derecho versus el derecho a la salud? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXII (83), 125-133.
56. Marshall, T. (1950). *Citizenship and Social Class and Other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press.
57. Martin, J. (2007). *Medios de comunicación y consumo de drogas de menores*. Tratto il giorno 2012 da http://www.unad.org/upload/43/38/Medios_de_comunicacion_y_consumo_de_drogas.pdf.
58. Martínez Gonzalez (Dir), J. (2006). *Factores de Riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social.
59. Martínez Pizarro, J. (2003). El mapa migratorios de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género. *Población y Desarrollo* (44).
60. Martínez Verdu, R. (2007). Drogas, adolescentes y medios de comunicación. *Comunicación y Xuventude*.
61. Mejía O., W., Fernández G., A., Vergara L., G., Gartner T., G., & Ciro A., M. (2002). *Las Mulas del Eje Cafetero*. Bogotá: Dirección Nacional de Estupeficientes.
62. Metaal, P. (2009). Drogas y Cárceles. Indulto de mulas en Ecuador, una propuesta sensata. *Serie Reforma Legislativa en Drogas* (1).
63. Mokate, K. (2000). Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad. qué queremos decir? *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*, BID. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).
64. Moscovici, S. (1982). The Coming Era of Representations. In J. Codol, J. P. Leyens, & coord, *Cognitive Analysis of Social Behaviour*. The Hague: Nijhoff.
65. Moser, C. (1998). The asset vulnerability framework: Reassessing urban poverty reduction strategies. *World Development*, 26 (1).
66. Moss, E. Y., Johnson, T., Pinderhuges, D., M.B., P., Welch, S., & J.F., Z. (1993). Black Political Participation: The Search for Power. In L. Wornie, *African American Essential Perspectives* (p. 81-118). Auburn House.
67. MPS, e. A. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley en Colombia*. Santa Fé de Bogotá: MPS, Bienestar Familiar, Ministerio de Interior y Justicia, DNE.
68. Muñoz-Rivas, M. (1998). *Factores de Riesgo en Drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes. Tesis Doctoral*. Madrid: Universidad Complutense.
69. Navarro, R., R., S., & Larrubia Vargas, R. (2006). Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto europeo. *Baetica. Estudios de Arte, Geografía e Historia* (28), 485-506.

70. Oliveros Donohue, M., & Ramirez Bustamante, R. B. (2008). *Trastorno de Conducta y Violencia en Adolescentes en Conflicto con la Ley*. Tratto il giorno 2012 da <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2008/abr-jun/55-63.html>.
71. OPS. (2010). *La Política de Drogas y el Bien Público*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
72. Orte Socias, C. (1999). Conductas antisociales, conflictos escolares y consumo de drogas. *Congreso virtual "Violencia juvenil y consumo de drogas"*. Congreso virtual.
73. Otero López, J. M. (1999). Relación droga-delinuencia en los adolescentes: una perspectiva de futuro desde una mirada al pasado. *Congreso virtual "Violencia Juvenil y Consumo de drogas"*. Congreso Virtual.
74. Palmonari, A. (1995). *Processi simbolici e dinamiche sociali*. Bologna: Il Mulino.
75. Paugam, S. (1996). Pauvreté et exclusion. La force des contrastes nationaux. In S. Paguam, *L'exclusion. L'état des savoirs*. Paris: La Découverte.
76. Pellegrino, A. (2003). La migración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias y perfiles de los migrantes. *Población y Desarrollo* (35).
77. Plan Nacional Sobre Drogas, E. (2000). *Medios de comunicación y drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
78. PNUD. (1990). *Human Development Report 1990*. Nueva York: PNUD.
79. PNUD. (2010). *Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: caminos al desarrollo humano*. Nueva York: PNUD.
80. PNUD. (2011). *Informe sobre desarrollo humano 2011. Sostenibilidad y Equidad: un mejor futuro para todos*. Nueva York: PNUD.
81. PNUD. (2011). *Políticas públicas para la inclusión social de la población afrodescendiente*. Nueva York: PNUD.
82. Pontificia Universidad Católica de Chile y Servicio Nacional de Menores, P.-S. (2007). *Estudio de prevalencia y factores asociados en adolescentes infractores de ley*. Santiago del Chile: PUC-SENAME.
83. Prieto, C. (2009). Información y consumo de drogas. La TV como factor de riesgo en niños escolares. *Comunicar* (33), 125-132.
84. Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: American's declining social capital. *Journal of democracy* (6), 65-78.
85. Quaranta, G., & Quinti, G. (2005). *Esclusione Sociale e Povertà*. CERF.
86. Rappaport, J. (1997). *Community Psychology. Values, Research and Action*. New York: Riehart & Winston.
87. Rawal, N. (2006). Social Inclusion and exclusion: a review. *Dhaulagiri Journal of Sociology and Anthropology*, 161-162.
88. Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.

89. Ritter, A. (2006). Studying illicit drug markets. *International Journal of Drug Policy* (17), 453-463.
90. Rodríguez, E. (2007). Jóvenes y violencia en América Latina: Priorizar la prevención con enfoques integrados. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales Niñez y Juventud* , 5 (2).
91. Rosero-Labré, M. C., & León Díaz, R. E. (2009). *Acciones aformativas y ciudadanía diferenciada étnico-racial negra, afrocolombiana, palenquera y raizal*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
92. Sáenz, M., Bejarano, J., & Fonseca, S. (2006). En condiciones de vulnerabilidad: consumo de drogas en adolescentes privados de libertad y transgresión de la ley penal. *Revista de la Asociación de Ciencias Penales de Costa Rica* (18), 79-88.
93. Sanders, B., Schneiderman, J., Loken, A., Lankenau, S., & Bloom, J. (2009). Gang youth as a vulnerable population for nursing intervention. *Public Health Nursing* , 26 (4), 346-352.
94. Sen, A. (1979). "Equality of What?" *Stanford University. The Tanner Lecture on Human Values*, 22 May, Palo Alto, CA. Tratto il giorno Julio 2011 da http://culturability.fondazioneunipolis.org/wp-content/blogs.dir/1/files_mf/1270288635equalityofwhat.
95. Sen, A. (1999). *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Editorial Planeta.
96. Silver, H. (1994). Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms. *International Labour Review* , 133 (5-6), 531-578.
97. Sojo, A., & Uthoff, A. (. (2007). *Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones*. Santiago del Chile: CEPAL.
98. Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kershl, V., McSweeney, T., et al. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of Quasy-Compulsory Treatment. *Eur Addict Res.* , 12 (4), 197-209.
99. Subirats i Humet, J., Gomà Carmona, R., & Brugué Torruella, B. (. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Barcelona: BBVA/UAB.
100. Subirats, J., & (Dir.). (2004). Pobreza y Exclusión Social. Un análisis de la realidad española y europea. www.estudios.lacaixa.es .
101. Szerman Bolotner, N., Arias Horcajadas, O., & al., e. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de la patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones* , p. 246-256.
102. TNI-WOLA. (2009). *México: ley contra el narcomenudeo*. TNI-WOLA.
103. Torres Castro, C. (2005). Violencia en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación* <http://www.rieoei.org/rie37a03.htm> (37).
104. Transform, D. P. (2009). *After the war on drugs. Blueprint for Regulation*. London: Transfor Drug Policy Foundation.

105. Tsakoglou, P., & Papadopoulos, F. (2002). Aggregate level and determining factors of social exclusion in twelve European countries. *Journal of European Social Policy*, 12 (3).
106. UNODC. (2011b). *Alternative development - Drug Control through Rural Development*. Tratto da http://www.unodc.org/pdf/publications/alt-development_rural-development.pdf.
107. UNODC. (2011c). *Amphetamine - Type Stimulants in Latin America. Preliminary Assessment report 2011*. Vienna: UNODC.
108. UNODC. (2001). *World Drug Report 2000*. Vienna: UNODC.
109. UNODC. (2005). *World Drug Report 2004*. Vienna: UNODC.
110. UNODC. (2008). *World Drug Report 2008*. Vienna: UNODC.
111. UNODC. (2011a). *World Drug Report 2011*. Vienna: UNODC.
112. UNODC. (2012). *World Drug Report 2011*. Vienna: UNODC.
113. Uslaner, E. (2001). *The moral foundation of trust*. Cambridge: Cambridge University Press.
114. Vaiz Bonifaz, R. G., & Spaní Nakano, A. M. (2004). La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Revista Latinoamericana de enfermagem*, 12, 433-438.
115. Valdez, A., Kaplan, C. D., & Cepeda, A. (2006). The Drugs-Violence Nexus Among Mexican American Gang-Members. *Journal Psychoactive Drugs*, 38 (2), 109-121.
116. Veillette, C. (2005). *Plan Colombia: A Progress Report*. Washington: CRS.
117. Veillette, C., & Navarrete-Frias, C. (2005). *Drug Crop Eradication and Alternative Development in the Andes*. Tratto il giorno 2012 da www.loc.gov/crsinfo/.
118. Vignoli, J. R. (2008). Distribución espacial, migración interna y desarrollo. *Revista de la CEPAL* (96).
119. Vilalta Perdomo, C. J. (2009). La geografía local del narcomenudeo: patrones, procesos y recomendaciones de política urbana. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 1 (70), 49-77.
120. Villatoro, P. (. (2007). *A sistem of indicators for monitoring social cohesion in Latin America*. Santiago del Chile: CEPAL.
121. Whelan, B., & Whelan, C. (1995). In what sense is poverty multidimensional? In B. Whelan, & C. Whelan, *Beyond the threshold*. Bristol.
122. Zamudio A., C. A. (2007). *Las Redes del Narcomenudeo. Cómo se reproducen el consumo y el comercio de drogas ilícitas entre jóvenes de barrios marginados*. México DF: Tesis INAH.
123. Zúñiga Flores, S. (1996). Mujer, violencia doméstica y consumo de drogas. *Ciencias Sociales*, 73-74, 101-105.

2. INTEGRACION SOCIAL Y DROGAS EN AMERICA LATINA

2.1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta sección es (i) tener una idea acerca del valor de las políticas en el área de drogas en términos de integración social (en que manera contribuyen o en que manera obstaculizan procesos de integración social), así como (ii) ilustrar el estado del arte de las políticas de drogas que plantean la integración social para las personas vinculadas a las drogas en la región.

En la medida en la cual la exclusión social es un fenómeno multidimensional, también multidimensional tiene que ser la forma en la cual se articulan los fenómenos de drogas y los de exclusión social. Recordamos que Paugam indicaba entre las multi-dimensiones del fenómeno pobreza/exclusión social a las siguientes: (i) exclusión social como resultado de procesos institucionales dirigidos a la protección de los derechos civiles y sociales (y por consecuencia también a su negación); (ii) exclusión social ligada a los procesos económicos (por ejemplo migraciones por razones económicas, reestructuración del mercado del trabajo etc.); (iii) exclusión por razones culturales, tales como la que radica en prejuicios y estigmas ligados a la etnia, al género, a la cultura de origen, a la religión, al estrato económico etc., (iv) exclusión por razones espaciales, debida en este caso al desarrollo urbano y a los planes de urbanización (expulsión de los centros de la ciudades o de zonas económicamente más cotizadas); (v) y exclusión debida a procesos de formación o destrucción del capital social: exclusión de las redes que incrementan la calidad de vida, que protegen la dignidad, que aseguran la sobrevivencia etc. (Paugam, 1996) citado en (Quaranta & Quinti, 2005, p. 34).

En la sección precedente se ha tocado muy marginalmente el tema de la integración/inclusión enfocando más la búsqueda y la descripción sobre los elementos en “negativo”: exclusión, desacuerdo, incoherencia, desintegración etc. No se trata ahora de establecer una especie de “aplicación sobreyectiva” entre el conjunto de vinculaciones y modalidad de la exclusión con las políticas de integración/inclusión/inserción/cohesión/equidad etc. En esta sección intentaremos describir “de qué se trata” cuando se habla de políticas de integración para sujetos vinculados con drogas y después ver cómo las diferentes opciones se intersecan (interconectan, interrelacionan, integran, insertan o se incluyen la una en la otra), de manera que los objetivos de las mismas puedan lograrse.

2.2. PUNTOS DE ARRANQUE Y DE INTERCONEXIÓN.

2.2.1 EL LUGAR EN EL CUAL TODO EMPEZÓ

Como primer punto de arranque se puede considerar que las políticas y planes relacionados con la integración social de personas vinculadas con drogas se basan, entre otros, en las políticas y planes de fiscalización que se han desarrollado a nivel internacional a partir del acuerdo internacional de la Haya de 1912, enfocado casi exclusivamente en la producción, tráfico y venta del opio, de la morfina y de la cocaína. Este tratado se firmó en La Haya el 23 de Enero 1912, con la ausencia de los siguientes países de América Latina: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay,

Peru, El Salvador, Uruguay, y Venezuela. A pesar de ello, todos los países mencionados se “integraron” en las políticas y planes sucesivos de las Naciones Unidas.

En el artículo 20, los Estados firmantes declaran que “Los poderes adjudicadores deberán examinar la posibilidad de promulgar leyes o reglamentos por lo que es un delito estar en posesión ilegal de opio en bruto, opio preparado, morfina, cocaína y sus sales respectivas, a menos que las leyes o regulaciones en la materia ya estén en existencia” (Ligue des Nation, 1922, p. 201). Este artículo puede ser considerado el punto de anclaje de las leyes, de los reglamentos y de las políticas que a partir de allí se han desarrollado. Es significativo también como, en ese tratado (art. 17), se mencionan únicamente las acciones de “limitar” y “controlar” (“*restrict and control*”) el uso de dichas sustancias. El término “eliminar” (“*suppress*”) se utilizó únicamente en referencia a los comercios en los cuales se prepara y vende el opio y el término “prohibición” (*prohibit*) se refirió únicamente al uso de opio en los prostíbulos y lugares de entretenimiento. Es necesario retrotraerse al origen de estas políticas para mirar detalladamente cuáles son los espacios que se han creado o que han sido cerrados, para la implementación de programas de integración social de todas las personas (individuos, grupos, comunidades) vinculadas con drogas. Ante este ejercicio, muchas veces la evaluación que se hace de esas políticas es severa: “A lo largo de todo este siglo de fiscalización de drogas, las estrategias preferidas para alcanzar ese objetivo se han basado en dos elementos: la eliminación de la oferta mediante medidas en los países de origen, la dura represión contra los mercados de distribución y venta; y la eliminación de la demanda con implacables programas de educación y prevención, y la identificación y el castigo de los consumidores” (Melis & Nougier, 2010, p. 2).

2.2.2 POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA.

Hablar de políticas de drogas significa referirse a las actividades de los gobiernos cuando estos establecen “leyes y programas con el propósito de influir en la decisión de los individuos acerca de usar o no sustancias psicoactivas y modificar las consecuencias del uso, tanto para el individuo como para la comunidad (Kleiman, 1992; Longshore et al., 1998)” (OPS, 2010, p. 4). En síntesis: leyes y programas para prevenir o para hacerse cargo de las consecuencias del uso.

Este fragmento se enfoca en: “influir en la decisión de los individuos”. Se puede considerar que, si el objetivo es establecer políticas públicas, el hecho de enfocarlas en las conductas de los individuos es una decisión que tiene consecuencias, sobre todo cuando uno espera tener influencia también en las comunidades y, por consecuencia, en grupos formales e informales, en redes sociales, etc. Según el documento en cuestión, los contenidos de las políticas sobre drogas se clasifican en tres categorías de “medidas administrativas”: “1) los programas para prevenir la iniciación del uso de drogas por personas no consumidoras; 2) los programas de servicios sociales y de salud encaminados a ayudar a los consumidores excesivos a modificar su comportamiento o a reducir las consecuencias de su uso indebido de drogas; 3) las leyes, reglamentos e iniciativas para controlar la oferta de drogas ilegales (así como la oferta de drogas de venta con receta que se desvían para el uso con propósito no médicos). Esta última categoría normalmente difiere de las otras dos por tener una componente internacional además de nacional” (OPS, 2010, p. 5).

Se puede decir que esta posición no considera en manera explícita elementos que, en el marco de la integración social, pueden tener una importancia cierta: (i) el hecho de incluir, además de los individuos, también a los grupos formales e informales y a las comunidades en el marco de

los actores sobre los cuales incidir para modificar las conductas de uso etc.; (ii) la necesidad de incluir entre las políticas también a la integración social sin que esta sea confundida con las “consecuencias del uso indebido” (siendo que a veces la exclusión social antecede el uso de drogas y es una de sus concausas) y sea limitada a los actores de los servicios sociales o de la salud (ir más allá de los límites de la llamada “salud pública”).

Más adelante, en el mismo documento se dice también: “Hemos restringido nuestro examen de la política de drogas al área general de la actividad gubernamental y no se han incluido las actividades de ciudadanos u organizaciones individuales, si bien también éstos pueden afectar el uso de drogas y sus consecuencias. (...) No obstante, para los propósitos de nuestro análisis, es útil restringir el término *política de drogas* al sector público y considerar a las organizaciones no gubernamentales como fuerzas independientes o variables participantes entre la política gubernamental y los resultados buscados. Nuestra definición de la política de drogas se ve restringida por el hecho de que en la mayoría de los países el uso no médico de muchas sustancias psicoactivas es ilegal, con lo cual se quita al gobierno la posibilidad de usar instrumentos de la política, tales como la reglamentación y la aplicación de impuestos a los proveedores, que se utilizan para sustancias legales como el alcohol y el tabaco (OPS, 2010, p. 5)”.

Este fragmento ayuda a entender otro aspecto de “hacer política”. La decisión, del todo legítima, de “restringir” el campo de las políticas de drogas al área de la actividad de los gobiernos tiene sus consecuencias: (i) no tomar en cuenta a actores o variables “participantes” como por ejemplo las multinacionales del tabaco y del alcohol y de la producción de fármacos, como si estos nada tuvieran que ver con la producción, el mercadeo y el consumo de las sustancias ilegales (por ejemplo la interdependencia existente entre el consumo de fármacos –analgésicos y estimulantes en particular- y el consumo de drogas –estimulantes y analgésicos en particular-); ignora el hecho que a veces, en algunos países, son las propias instituciones de gobierno las que se transforman en “variables participantes” en las políticas de estos actores no gubernamentales. (ii) Reducir el mundo de lo no gubernamental a las “organizaciones privadas de atención y prevención o a las comunidades “espontaneas (“grupos de ciudadanos” dice el texto), por un lado es un recorte importante de la realidad social (una significativa reducción de su complejidad) y, por el otro, es no tomar en cuenta la influencia que estos actores no gubernamentales (incluyendo las iglesias) tienen en la población y la capilaridad de su enraizamiento en los territorios. Sin embargo esta es la óptica propuesta.

Por otro lado, la posición de las Naciones Unidas acerca, por ejemplo, de las políticas de drogas es algo diferente: “ Article 38. Measures against the abuse of drugs. 1. The Parties shall give special attention to and take all practicable measures for the prevention of abuse of drugs and for the early identification, treatment, education, after-care, rehabilitation and social reintegration of the persons involved and shall co-ordinate their efforts to these ends. 2. The Parties shall as far as possible promote the training of personnel in the treatment, after-care, rehabilitation and social reintegration of abusers of drugs. 3. The Parties shall take all practicable measures to assist persons whose work so requires to gain an understanding of the problems of abuse of drugs and of its prevention, and shall also promote such understanding among the general public if there is a risk that abuse of drugs will become widespread” (United Nations, 1972, p. 19). En este caso la mención de la integración social es explícita (la Convención de 1988 no modificará este artículo (United Nations, 1988)). Se puede razonablemente deducir que

aunque la integración social sea parte de las políticas de drogas a nivel de Naciones Unidas, ésta no se encuentre incluida, por lo menos explícitamente y hasta el momento, entre las políticas de salud pública en el área de drogas a nivel continental.

2.2.3 LA ESTRATEGIA HEMISFÉRICA DE LA OEA.

Si se considera la política hemisférica de la OEA, se observa un panorama que marca algunas evoluciones: “ 2. Al enfrentar el problema mundial de las drogas, debe hacerse especial énfasis en su impacto sobre la pobreza y la marginalización, e impulsar la implementación de políticas y acciones que favorezcan la inclusión social y la reducción de esas vulnerabilidades.(...) Las políticas de reducción de la demanda deberán incluir como elementos esenciales la prevención universal, selectiva e indicada; la intervención temprana; el tratamiento; la rehabilitación y la reinserción social, y servicios de apoyo relacionados. Todo ello con el objetivo de promover la salud y el bienestar social de los individuos, las familias y las comunidades, y de reducir las consecuencias adversas del abuso de drogas” (CICAD, 2010). Este texto reafirma en parte la posición del fragmento precedente de Naciones Unidas acerca de la “reintegración social” (que reproduce el concepto y el estereotipo según el cual el consumidor de drogas es “socialmente desintegrado”) y también añade el concepto de inclusión social entendida en este caso como “política” mencionando a dos interlocutores: la pobreza y los procesos de marginalización.

El documento “*Estrategia Hemisférica sobre Drogas*” de la OEA (en el cual es significativa la sustitución del término “contra” con el término “sobre”), es un documento complejo que incluye “medidas/lineamientos/políticas” (el texto utiliza el término “lineamientos”) en varias aéreas: cinco enfocados al *Fortalecimiento Institucional*, trece enfocados en la *Reducción de la Demanda*, seis enfocados en la *Reducción de la Oferta*, trece enfocados en el *Control* (en este caso explícitamente se usa el término “medidas de control”) y siete enfocadas a la *Cooperación Internacional*. Se entiende entonces que el fragmento citado arriba se ubica en un contexto en el cual se acompaña con medidas o políticas que tratan de cubrir todos los aspectos relacionados con el tema de “drogas”. Es también un documento en el cual el término integración o reintegración nunca se menciona, mas se mencionan los términos inclusión (una vez) y reinserción (tres veces) proporcionando, por consecuencia, una apertura significativa hacia el terreno de la integración social que empieza a aparecer al lado de “medidas” o “políticas” que parecen tener un papel más significativo. Por ejemplo, el término “control” por ejemplo es utilizado doce veces, el término “políticas” es utilizado veinte y cuatro veces, más nunca asociado a “sociales” (tres veces asociado al término “públicas”), aunque el término “social” se encuentre mencionado ocho veces, el término “comunidad” dos, el término “ciudadanos/ciudadanía” nunca, el término “participación” una vez referido a la participación de la sociedad civil, el término “salud” cinco veces y el término “corrupción” se encuentra únicamente en la sección dedicada a la cooperación internacional etc. Si consideramos el documento a partir de otro tema estrechamente vinculado con la integración social (el tema del desarrollo) el documento lo cita siete veces, tres de éstas como desarrollo sostenible/alternativo, dos como desarrollo de políticas y dos como desarrollo de capacidades/habilidades. Un estudio terminológico de la Estrategia Hemisférica de Drogas evidenciaría obviamente un conjunto de términos que enriquecerían significativamente el abanico de acciones y perspectivas de integración social.

Se puede considerar entonces que el documento contiene los elementos esenciales para poder, a partir de ellos, delinear políticas de integración/inclusión social de sujetos vinculados con drogas.

2.2.4 LA PERSPECTIVA DE LA COHESIÓN SOCIAL.

Otro punto de arranque y puerta de entrada en el tema de las políticas de integración lo que se sugiere acerca de la cohesión social en el trabajo *“Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe[CEPAL]”*, aceptando también otro desafío que los autores nos hacen, es decir meter en el centro del escenario también el “sentido de pertenencia” (no solamente las percepciones como se sugiere a pág. 14), una emoción, una percepción subjetiva ligada a un mundo emotivo, la emoción que puede estar ligada al hecho que el equipo de mi barrio ha ganado el campeonato interbarrial de fútbol, o mi país la copa del mundo, o el orgullo de haberle “partido la madre” a los de la banda opuesta y festejar con mariguana y alcohol con los amigos, o oyendo el himno de su propio país, o sintiéndose profundamente humillado por ser diferente o encajonado en una categoría a la cual uno siente que pertenece y al mismo tiempo que no quisiera pertenecer... si pudiera: ser minusválido, viejo, migrante, mujer, niño de la calle, homosexual, trabajador o trabajadora sexual, negro, esquizofrénico, transgénero, deprimido o suicida fallido... o sentirse orgulloso en ser conciudadanos del más grande mafioso de la historia... todas formas en las cuales se despliega el “sentido de pertenencia”.

En el trabajo citado más arriba los autores proponen un concepto de cohesión social que puede constituir un útil punto de arranque al hablar de políticas: “En este sentido, la cohesión social se define como la dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan (CEPAL, 2007, p. 16)”. Si se habla de políticas sociales se puede entender entonces que la sugerencia procedente de este concepto es que: (i) la ciudadanía no tiene procesos de inclusión/exclusión y si los tiene no son influyentes como los instituidos, como si el indígena abandonado en la calle fuera únicamente la víctima de “mecanismos instituidos de inclusión/exclusión” y no del abandono individual de millares de personas que lo rodean, que lo miran sin verlo o que “perciben un sentido de asco” cuando tienen que transitar por esa esquina; (ii) que en las dialécticas se incluyen únicamente las respuestas/percepciones/disposiciones de la ciudadanía (bajo sus múltiples formas) como si la cohesión fuera asegurada por la inefable capacidad clínica de las instituciones de sondear el vientre ruidoso de la “ciudadanía” (como si el dialogo se convirtiera en un ejercicio clínico refinado), como si los ciudadanos no tuvieran vida y pensamiento afuera de las políticas de las instituciones, como si las políticas de las instituciones lo cubrieran verdaderamente todo, como si los ciudadanos no fueran capaces de organizarse, producir respuestas, practicas, acciones, y si son lo fueran es como si esas fueran sin importancia para las políticas instituidas. Como si las formas organizativas que las redes de líderes informales producen en el interior de las comunidades locales y que garantizan la persistencia de sus ciudadanos, una cierta cohesión, un nivel sustentable de exclusión y marginación, una cierta calidad de vida en la ausencia de las políticas no tuviera sentido, como si la cohesión verdadera fuera otra, la que proviene de las instituciones y del dialogo entre políticas y percepciones. (iii) Se puede entender entonces que si así están las cosas una de las características de las políticas de integración/cohesión tendría que ser favorecer procesos a través de los cuales la ciudadanía (pensamos en los que hemos

Integración social y drogas.

mencionado arriba: niños de la calle, desplazados por razones políticas o económicas, habitantes de comunidades altamente marginadas, los farmacodependientes crónicos (todos, no solamente aquellos que están vinculados con drogas), los esquizofrénicos etc.) pueda entender que es una relación dialéctica y puedan participar y contribuir en ella. Sin embargo, esto que parece sencillo y lineal, se encuentra con algunos obstáculos. “Asimismo, el desarrollo intensivo actual de la industria cultural hace que muchos grupos, sobre todo de jóvenes, constituyan verdaderas “tribus urbanas”, con un muy fuerte sentido de pertenencia, códigos lingüísticos y estéticos propios, pero refractarios hacia quienes no integran el grupo. La diversificación de estos consumos culturales segmenta a la sociedad, pero intensifica los vínculos de públicos particulares. En otro sentido, la violencia urbana también opera con reglas de pertenencia, rituales y formas internas de cohesión, si bien es un evidente problema desde la perspectiva de la norma social (Calderón, Hopenhayn y Ottone, 1996)” (citado en (CEPAL, 2007, p. 22)).

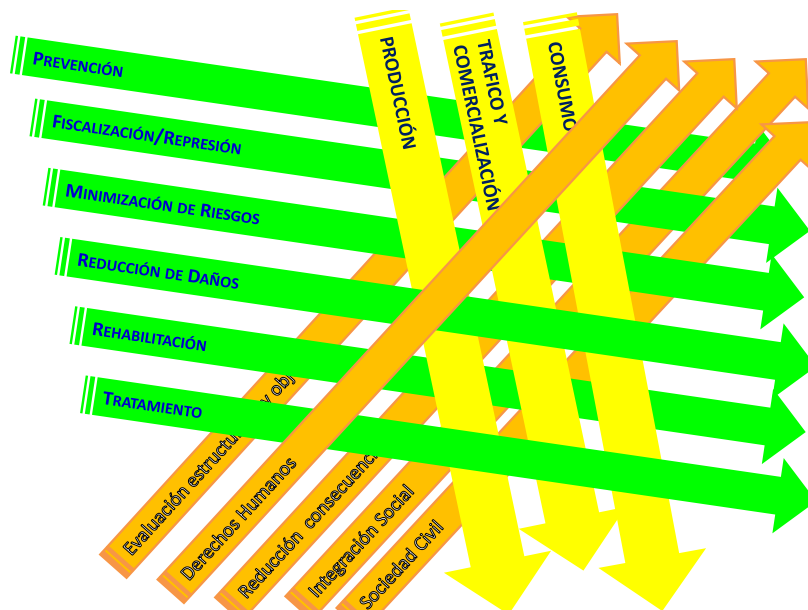
Aquí se percibe el tamaño del desafío tan bien planteado: en este caso también se trata de ver de cual cohesión se trata, y cuáles serán las formas de la “dialéctica” entre cohesiones diferentes en un estado de conflicto (como lo indica bien la observación sobre el estatuto de la violencia urbana mencionado por los autores). Así el planteamiento se desarrolla hacia una posición todavía más precisa: “De ello se deduce que la cohesión como tal no es un valor positivo en sí misma; sino que debe contextualizarse, en términos de la convivencia social amplia y de los valores en que se basa. En este contexto es, además, pertinente una preocupación afín: la libertad individual y ciudadana es inherente a las múltiples elecciones en que se fundamenta la diversidad de las identidades sociales que cada cual puede y debe gozar. Por el contrario, la creencia en identidades sociales con pretensiones totalizadoras niega la pluralidad de las identidades sociales, es reduccionista y, en último término, puede ser un sustento para la violencia (Sen, 2006)” (citado en CEPAL, 2007, p.22).

2.2.5 BUSCANDO UN ABORDAJE COMPLEJO.

Para concluir esta parte introductoria se puede considerar también el conjunto de las sugerencias contenidas en la edición 2012 del Drug Policy Guide (2012) del IDPC. Este documento recoge los lineamientos políticos de los diferentes tratados internacionales implementando también una de sus políticas específicas “la participación de las organizaciones de la sociedad civil”. Por esto, puede ser utilizado como un documento de una cierta utilidad en el estudio y el establecimiento de las políticas. En este caso se puede utilizar el mismo abordaje adoptado en el capítulo 1 (sección Contextos y Actores)

En el documento se mencionan cinco principios de base: “Máximos principios para una política de drogas eficaz. Partimos de la propuesta de que toda estrategia nacional sobre drogas debería fundamentarse en cinco principios básicos: 1) Las políticas de drogas se deberían desarrollar mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y las pruebas empíricas. 2) Todas las actividades se deberían desplegar en plena conformidad con las normas internacionales de derechos humanos. 3) Las políticas de drogas deberían centrarse en reducir las consecuencias nocivas de las drogas y no en las dimensiones del consumo y los mercados de estas sustancias. 4) Las políticas y actividades deberían perseguir el fomento de la integración social de grupos marginalizados. 5) Los gobiernos deberían construir relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil para debatir y desarrollar sus estrategias” (IDPC, 2012, p.

2). Podemos sintetizar de la manera siguiente: 1. Evaluación estructurada y objetiva, 2. Adherencia a los derechos humanos, 3. Reducción de las consecuencias nocivas, 4. Integración social, 5. Relación con la sociedad civil.



Si se adopta esta “figuración” (en la cual se pueden obviamente añadir elementos) la perspectiva se vuelve compleja. Esto puede significar también que el carácter integrador consiste en tomar sistemáticamente en consideración la presencia de los otros elementos y de los efectos que sobre cada uno de ellos, y en todo el “TEJIDO”, tiene cada una de las políticas específicas, de manera que ninguno sea excluido.

Adoptando entonces este abordaje se estructurarían las partes siguientes tratando de responder a una pregunta global: ¿En qué medida las políticas (prevención, fiscalización/represión, minimización de riesgos, reducción de daños, rehabilitación, tratamiento etc.) en las áreas de producción, comercialización, tráfico y consumo respetan los principios de evaluación estructural y objetiva de prioridades, de derechos humanos, de reducción de las consecuencias dañinas, de integración social y de diálogo entre gobiernos y sociedad civil?

Si identificamos los tres contextos de elementos de la manera siguiente: A. contextos (producción, tráfico y comercialización, consumo); B. políticas (prevención, represión/fiscalización etc.), C. principios, se puede entender que la pregunta puede ser también: ¿En qué medida los principios adoptados (conjunto C) favorecen o interfieren con la adopción e implementación de las políticas en los tres contextos de acción y en el caso de conflicto... cual es la “política”?

2.3 POLÍTICAS Y PLANES: EN EL MUNDO DE LA OFERTA

2.3.1 CONTEXTO.

En el marco de la oferta o de la producción de drogas existen diferentes actores que se ubican en diferentes niveles: financiación de la producción de drogas (los carteles y sus aliados financieros), organización del trabajo de producción, entrenamiento a los productores, supervisión y control de la actividad productiva, protección de los procesos de producción (de los terrenos cultivados por ejemplo) y control de las personas, familias y comunidades que producen (por medio de grupos armados), transporte de las sustancias (logística, organización, actores efectivos del transporte), de su inmisión en el mercado (distribuidores locales, venta de calle etc.), y todos los actores que intervienen en la protección de los procesos de venta y en la vinculación de los clientes (proceso de mercadeo), recolecta del dinero, acopio de los mismos, lavado de dinero, reinversión etc.

Es un mundo de extrema variabilidad, inestable y turbulento, con niveles de organización muy diferentes: desde las macro pandillas rígidamente organizadas, casi militarmente, o, por ejemplo, las organizaciones mafiosas, a los pequeños vendedores de calle (narcomenudeo), organizados en redes frágiles y vulnerables o a veces incrustados en comunidades altamente organizadas y de alta vulnerabilidad.

El reto en estos casos es cómo pensar en políticas de integración social para cada uno de estos actores de manera que “sus derechos de ciudadanía” sean garantizados. Esto significa que los criterios de las políticas de integración social que se mencionarán a continuación tienen que encontrar una aplicación práctica para cada uno de los actores del sistema de la oferta. Si esto no sucede, las probabilidades de sostenibilidad de los cambios que se puedan producir se verán enormemente reducidas.

2.3.2 POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN Y POLÍTICAS DE PAZ.

En la sección dedicada a la descripción de los actores vinculados con drogas se ha mencionado que no se consideran a todos ellos sino a aquellos que se encuentran en una situación o contexto de mayor vulnerabilidad y exclusión y, por consecuencia, necesitados de políticas de integración más precisas.

Entre estos actores se han identificado, en particular, a las comunidades vinculadas con el cultivo, por un lado, y con el tráfico y la comercialización por el otro. No se encuentra lejos de la realidad considerar que esas comunidades han vivido los últimos 30 años en una situación de “conflicto permanente” producido, entre otros factores, por la estrategia llamada de “guerra contra las drogas”. Se entiende que la estrategia de guerra contra las drogas no se ha basado únicamente en políticas y planes de control, represión, fiscalización con el uso de aparatos policiales, militares y de las fuerzas especiales creadas para este fin. La guerra a las drogas (ver por ejemplo el caso del Plan Colombia) ha sido una estrategia compleja con diferentes componentes: económica, fiscal y financiera, jurídica y de derechos humanos, de lucha contra el narcotráfico y el narco-cultivo, desarrollo alternativo, participación social, desarrollo humano y estrategias de paz (Acevedo, Bewley-Taylor, & Youngers, 2008, p. 3) (Committee on Foreign Relations, 2005, p. 2) (Bailey, 2001, p. 7) (Veillette, 2005). Lo mismo puede ser dicho en relación al plan Mérida, siendo la lucha contra el narcotráfico y la narco producción uno de sus pilares,

Integración social y drogas.

mas no el único (Bailey, 2001, p. 7) (Ribando Seelke, 2009, p. 21-24). Sin embargo, estas “políticas” se han visto asociadas con un incremento de la violencia y del conflicto social. No hay acuerdo entre los expertos para decir si los casi 50.000 muertos en México⁵ desde 2006 hasta 2011 pueden ser referidos a un conflicto armado, a una insurgencia narco-política, a una guerra civil o a un sencillo enfrentamiento entre bandas armadas por el control del mercado de las drogas. Sin embargo, casi 50.000 muertos hablan de un conflicto profundo para el cual se necesita pensar en políticas de paz.

Si las situaciones de conflicto son tan dramáticas, tal vez puede ser útil enfrentar el tema de las políticas de integración social de personas vinculadas con la producción (el cultivo en su mayoría, considerando que se trata de fenómenos que involucran a comunidades enteras o a partes significativas de ellas) el tráfico y la comercialización, adoptando algunos elementos resultantes de la integración de personas y grupos en conflicto, resultantes entonces de una óptica de construcción de paz social. Se entiende que uno no se refiere únicamente a situaciones de conflicto armado, en el cual existen al mismo tiempo interconexiones, pero también significativas diferencias con otras formas de “conflicto”, como aquellas mencionadas en el Informe 2012 de la JIFE. Se puede en efecto considerar que hablar de conflicto es correcto cuando se consideran territorios urbanos (comunidades marginadas), en los cuales el gobierno de grupos al margen de la ley (delincuencia organizada, mafias, bandas, maras etc.) es casi total y cuenta con la pasividad de la población o con su colaboración forzada o su complicidad (ver el caso del narcomenudeo incrustado en comunidades marginadas).

Aprender entonces de los procesos producidos por la integración social de personas y grupos en conflicto puede dar luces para entender como plantear (algunos criterios y lineamientos) las políticas de integración social en estos casos. Desde el punto de vista práctico, hay algunas lecciones que se han aprendido en el transcurso de los años.

Los párrafos siguientes ilustran algunas de estas “lecciones aprendidas” (pueden ser también consideradas como indicaciones o recomendaciones) para políticas y procesos de reintegración social para poblaciones y personas que viven situaciones de “conflicto armado” (refiriéndose no exclusivamente a aquellas que usan las armas). Estas recomendaciones han sido modificadas para acercarla más a las poblaciones de las cuales nos estamos ocupando. P. Jackson y colegas (Jackson, Wolff, Haider, & Bakrania, 2010) mencionan lo siguiente:

(i) “La reintegración es un proceso largo y sus programas tienen que ser incluidos en una estrategia más amplia de reformas en el sector de seguridad”. Para las personas vinculadas con drogas la reintegración social tiene que acompañarse a reformas no solamente en el sector “seguridad” sino en los sectores de la economía, jurídico, penal, en la educación, en la salud pública etc., de desarrollo económico, de educación etc.

El tema del conflicto puede ser considerado como uno de los temas centrales de las políticas en el área de drogas siendo que permea casi todos los campos relacionales. El tema del conflicto violento, en particular, sobre todo en situaciones en las cuales las políticas de los estados son ausente o la fuerza de las instituciones es carente, se articula muy fuertemente con el tema de las drogas (GTZ, Drogas y conflicto en el contexto de la cooperación internacional).

⁵ http://www.bbc.co.uk/mundo/ultimas_noticias/2012/01/120111_ulnot_mexico_muertos_ao.shtml

Integración social y drogas.

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas - OEA-CICAD

ENCUENTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012.

(ii) “La reintegración tiene que ser conducida nacionalmente, adoptar un abordaje participativo incluyendo diferentes actores”. El ámbito nacional es imprescindible, como lo son las políticas que se desarrollan localmente. Es sobre todo a nivel local donde se encuentran las personas y las comunidades con sus vidas cotidianas que se implementan políticas específicas de participación.

(iii) “La planeación de la reintegración tiene que iniciar muy tempranamente”, y, añadimos: tiene que ser participativa desde el inicio, asegurando procesos de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.

(iv) “Se tienen que establecer criterios claros de selección”. La selección es necesaria como es necesario establecer prioridades (que es otra manera para establecer criterios de selección).

(v) “Los programas de reintegración tienen que tener fechas claras de conclusión y moverse rápidamente hacia programas de desarrollo que incorporen las necesidades de los ex combatientes”. Reescribimos: los programas de reintegración tienen que tener procesos bien descritos con fases, fechas, actores, responsabilidades y resultados esperados de manera que se respeten los tiempos planeados, y tienen que incluir desde el principio conexiones con planes de desarrollo que incorporen las necesidades de las comunidades y de las personas vinculadas con las drogas.

(vi) “Los programas no tienen que beneficiar únicamente los ex combatientes de manera que se reduzca también el impacto del resentimiento de las comunidades”. Si el abordaje es comunitario esta consideración o recomendación es superflua. El abordaje comunitario en efecto prevé la participación de todos los actores que se encuentran en la situación de conflicto, también aquellos que no participan directamente mas que son víctimas de esos procesos. Esta recomendación de los autores ilustra un planteamiento de fondo “enfocado en los portadores del síntoma aparente” y no en los procesos y contextos en los cuales y por medio de los cuales éste se produce.

(vii) “Los programas tienen que ser adaptados a los contextos locales”. En la medida en la cual se respetan procesos de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba este resultado estará razonablemente asegurado.

(viii) “La reintegración es más probable si esta es desarrollada en un contexto de fuerte voluntad política y un apoyo a nivel de las comunidades locales”. En un abordaje comunitario este podría ser la primera recomendación en la medida en la cual pone a los contextos comunitarios locales en el centro del escenario siendo que es allí donde se da y acontece la reintegración real.

(ix) “Los programas de reintegración tienen que tener recursos adecuados (*well resourced*)”. “Recursos adecuados” puede referirse, por un lado, a la disponibilidad de los recursos en función de los objetivos, de las actividades y de los resultados esperados; mas no solamente. Este punto puede referirse también a la calidad administrativa (evitar el desperdicio de recursos, los procesos de corrupción, la mala administración, la falta de monitoreo del desarrollo financiero de los procesos etc.), a la equidad en su aplicación en los procesos de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.

(x) “El entrenamiento vocacional ha demostrado tener resultados limitados. Educación y entrenamiento tendrían siempre que estar vinculados con las dinámicas de mercado de la comunidad de manera que sea posible incrementar las posibilidades de empleo de larga

duración. Los programas de aprendizaje (*apprenticeship*) han sido prometedores”. Re- escribiendo: entrenamiento vocacional desligado de las dinámicas ocupacionales y económicas de la comunidad local en la cual se dan los procesos de reintegración tienen resultados limitados... lo cual es una obviedad si se plantean procesos de abajo hacia arriba.

(xi) “Los ex combatientes no tienen que ser tratados como grupos homogéneos. En particular las necesidades de las mujeres y de los niños tienen que ser tomados en consideración”. El criterio de heterogeneidad tiene que aplicarse a todas las comunidades, grupos, sujetos vinculados con drogas de manera que el enfoque de género sea respetado como también el enfoque de gravedad/vulnerabilidad. Se trata de producir criterios que permitan establecer prioridades (punto iv). Esto significa que si pueden (y deben) existir políticas generales, éstas deben contemplar la posibilidad de adaptación capilar a nivel local y que, si existen diferenciaciones a nivel local, estas diferenciaciones contribuyen en establecer un marco común que favorezca la “cohesión” y la coherencia en las políticas.

(xii) “La reintegración tendrá que adoptar un abordaje sensible al género (*gender sensitive*) en el cual las necesidades y preocupaciones de las mujeres son analizados e incluidos”. En el campo de la vinculación con drogas, el tema del género es particularmente sensible. Ver por ejemplo el documento “*Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer*” (UNODC, 2005).

(xiii) “La reintegración de los niños es un proceso complejo que tiene que ser separado en manera diferenciada respecto a los adultos.” (Jackson, Wolff, Haider, & Bakrania, 2010, p. 1-2). El termino “separada” (*separately* en el documento original) puede ser substituido por el termino “diferenciada”, de manera que no se impliquen procesos de separacion en el interior de procesos de integracion (tal vez un fragil lapsus calami de los autores).

Algunos autores señalan también que a estas lecciones aprendidas se pueden añadir las recomendaciones acerca de las políticas por implementar (Derks, Row, & Briscoe, 2011, p. 57ss) en el área de la reintegración de personas vinculadas con conflictos armados.

Otros autores (Derks, Row, & Briscoe, 2011) que analizan en particular el caso de Colombia, indican también cuáles son los dilemas con los cuales estas políticas de reintegración se confrontan. El primero de ellos es el riesgo de que estos programas creen dependencia. Se ha observado, en efecto, que una persona que ha participado en este tipo de programas, al finalizar uno de éstos tiene más disposición en integrarse a otro programa que asumir plenamente su autonomía. Se entiende, entonces, que es como si el programa mismo diera forma a un proceso de dependencia crónica. La misma observación se hace, por ejemplo, respecto a algunos programas de tratamiento que son repetidos después de las “reincidencia” en el uso de drogas, que es parte de los procesos de tratamiento y rehabilitación.

Un segundo dilema es que el hecho de ser parte de un programa de reintegración paradójicamente puede hacer más difícil la reintegración en la sociedad civil (ibid. 54-55). Ser parte de un programa de reintegración puede, en efecto, abrir el camino a procesos de estigmatización y etiquetamiento, por lo cual será necesario implementar otro programa que a su vez entrenará a las personas en las condiciones ilustradas por el primer dilema.

Un tercero es que los programas de reintegración no son adecuadamente financiados y, por consecuencia, están bajo la amenaza de la competencia de otros programas implementados por grupos criminales que aseguran ingresos mejores. Los programas “legales” tienen además mas

vínculos que los programas ilegales, por lo cual, asegurar la legalidad de un programa significa pagar un coste en términos de frenos burocráticos de todo tipo; lo cual favorece el acercamiento más flexible, de inmediata ejecución y ganancia (programas implementados por agencias criminales).

Un cuarto dilema deriva de las dinámicas mismas de transformación de los conflictos y de los actores en juego. “Los cambios en los grupos y en la naturaleza de la confrontación no solo transforman la violencia directamente asociada a ella, es decir, la violencia de conflicto, sino también otras formas de violencia, organizada o no. La transformación de la violencia es un proceso común en sociedades que enfrentan un contexto de posconflicto, en el que las familias, las comunidades, las escuelas, los sitios de trabajo y las ciudades deben reintegrar a los excombatientes y resolver problemas de la transición a una sociedad sin guerra, problemas asociados al retorno de las poblaciones desplazadas y refugiados, el uso productivo de la mano de obra ahora sin empleo, la ruptura de las comunidades y la sociedad (Restrepo & Aponte, 2009, p. 92)”.

Haber iniciado la revisión de “políticas” de integración por la puerta de la “reintegración”, y haber escogido un punto de anclaje (la reintegración de personas, grupos, comunidades en conflicto violento) que se ubica claramente afuera de las perspectiva prevaleciente (de salud pública o de desarrollo social) en el área de drogas permite: (i) por un lado, aprender de otros enfoques que trabajan con las mismas poblaciones en los mismos contextos en los cuales trabajan los actores de reducción de la oferta y de la demanda de drogas; (ii) por otro lado, establecer interconexiones entre practicas, problemas, abordajes y conceptos, (iii) establecer interconexiones e interrelaciones que implican cooperación y sinergias (primer punto de las “lecciones aprendidas” citadas más arriba). Lo implícito de este planteamiento parece ser que la innovación mayor se tiene que buscar a nivel de la integración de los recursos existentes (actores, concepto, modelos, métodos, practicas etc.) para no quedarse atrasados respecto a los procesos de “innovación técnica” (la búsqueda de nuevos conceptos, abordajes, respuestas etc.).

2.3.2 EL DESARROLLO ALTERNATIVO

Enfocar el tema de la integración social a partir de la óptica del desarrollo alternativo significa: (i) reconocer la historia de un proceso que está dando frutos (aunque limitados) desde hace casi treinta años, (ii) tomar conciencia de la necesidad de superar ciertas aporías y paradojas de este acercamiento de manera que el desarrollo alternativo no sea el hermano minusválido del “Desarrollo”; (iii) hibridar posiciones prevalecientes en particular en el área de reducción de la “demanda” como son una excesiva visión de salud pública.

UN MARCO DE REFERENCIA

El tema del desarrollo alternativo está presente en las “políticas de desarrollo” desde hace más de dos décadas y es parte integrante de las políticas generales de desarrollo, y en particular de las políticas de reducción de la oferta y de la demanda de drogas (OEA, Declaración de Puerto España, 72), (Hurtado & López, 2005), (Mack, 2008), (García Muños-Najar, 2007), (UNODC, 2011)

Presentamos entonces el concepto, iniciando con una visión que contiene algunas críticas a los programas de desarrollo alternativo. Esto ayuda a evidenciar desde el inicio algunos elementos centrales. “AD projects often fail to take sufficient account of the social, political, economic and cultural milieu and conditions in the country in question. Integrated solutions are needed to address the structural problems underlying the drug menace. Drug crop cultivation both in Latin America and in Asia usually takes place in regions that suffer from widespread poverty, poor accessibility and infrastructure, fragile ecological conditions, limited state presence and often violent conflict. In Latin America, the poorest strata of society are involved in drug crop cultivation, and counter-strategies therefore need to focus on reducing poverty and increasing access to markets” (GTZ, 2006).

Como se ha visto, esta cita no evidencia un concepto de desarrollo alternativo sino el marco en el interior del cual este concepto por un lado es construido y por el otro toma sentido. La propuesta es entonces que la construcción del concepto sea precedida por la indicación de algunos elementos del marco de experiencias a partir del cual este es construido.

Se encuentran en esta breve cita las palabras claves que pueden anclar los elementos esenciales de las políticas de desarrollo alternativo: “contextos y procesos sociales, políticos, económicos, culturales, soluciones integradas, problemas estructurales, regiones pobres, poblaciones pobres, infraestructura, accesibilidad, ecología, mercados etc.”. A pesar de esto, el tema del desarrollo alternativo ha sido dirigido casi exclusivamente hacia el eje de la producción de drogas, menos hacia el tráfico y la comercialización y con muy poca frecuencia en relación al consumo (Berg, 2002), (Melis & Nougier, 2010, p. 4) (Cabiese, 2006) (Cabiese, 2012) (Ojeda, 2011) (Kramer, 2009) (Vargas M., 2011). Se entiende, entonces, que la primera característica de una política enfocada al desarrollo alternativo tenga que ser comprensiva de todos los actores y de los contextos y no repetir el camino que se ha hecho antes con la represión: centrada en la sustancias y no en los procesos de producción, tráfico, comercialización etc.

Por otro lado, queda probado que el tema de la pobreza y el tema del consumo problemático están fuertemente asociados (Melis & Nougier, 2010) (GTZ, Lessons Learned from Alternative Development in Latin America, 2006) (Epele, 2008) sea como causa del consumo problemático (como reductor de sufrimiento y de las consecuencias de la pobreza) véase por ejemplo el uso del “paco” en las villas argentinas (Epele, 2008), sea como consecuencia del mismo. Se entiende entonces que también el eje del consumo necesita de un abordaje desde el punto de vista del desarrollo alternativo (ver el problema del narcomenudeo por ejemplo (Hernandez T. & Zamudio A., 2009)). Esto significa que el término “políticas integradas” (GTZ, Lessons Learned from Alternative Development in Latin America, 2006) tiene que referirse también a todos los actores y contextos vinculados con drogas.

CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO ALTERNATIVO

El concepto del desarrollo alternativo se basa en una hipótesis: que los problemas relacionados con drogas están estrechamente vinculados con los problemas de desarrollo y que “medidas políticas eficaces pueden producir una significativa reducción en el cultivo de drogas” (Berg, 2002). Si la formulación “cultivo de drogas” puede ser substituida por “producción de drogas” se accede a un contexto más amplio y con mejores perspectivas.

UNGASS, en Junio 1998, en el Segundo párrafo de su resolución A/S-20/11 (S-20/4) ha producido un concepto que puede ser utilizado también en nuestros días, aunque otro concepto que refleje más la complejidad de este tema pueda ser efectivamente producido. El desarrollo alternativo “es un proceso finalizado a prevenir y eliminar la cultivación ilícita de plantas contenientes drogas narcóticas y sustancias sicótropas, por medio de medidas específicamente diseñadas de desarrollo rural en un contexto sostenido para la economía nacional y esfuerzos de desarrollo sustentable en países que actúan en contra de las drogas, reconociendo las particulares características socioculturales de las comunidades y grupos objetivo de la acción, en el marco de una solución permanente e comprensiva de los problemas de las drogas ilícitas” (United Nations General Assembly, 1998). Aunque este concepto de desarrollo alternativo se refiera explícitamente (como dice la resolución adoptada por las Naciones Unidas), al desarrollo alternativo en el contexto rural, se puede entender que se necesita de un concepto de desarrollo alternativo que integre no solamente a todos los actores vinculados con drogas, no solamente a los diferentes componentes (producción, consumo, tráfico) sino también a todos los tipos de producción y no solamente a la agrícola: se piense por ejemplo, en la producción de drogas de síntesis (canabinoides y catinones, en total 49 nuevas sustancias reportadas por el EMCCDA 2011). Estas drogas de síntesis no necesitan “campos que cultivar” y tampoco de “tráfico” siendo que sirven a mercados locales (el productor se encuentra viviendo en la comunidad en la cual vende la sustancia).

El concepto propuesto por las Naciones Unidas menciona tres aspectos significativos: (i) el DA es un instrumento no solamente finalizado a la reducción de la producción que ataca a procesos de producción existentes (ver la relación con el tema de la prevención secundaria/tratamiento en el campo del consumo) sino también como medida de prevención. En este caso, la hipótesis de Naciones Unidas es que el DA (desarrollo alternativo) pueda servir también como forma que desalienta la producción de drogas. (ii) la conexión entre lo local, lo nacional y lo internacional; (iii) la centralidad de la sustentabilidad y de la sostenibilidad.

Si se considera al desarrollo alternativo como forma para disminuirla producción de sustancias ilícitas, se observa que éste se encuentra asociado casi siempre con la práctica de la erradicación (Veillette & Navarrete-Frias, 2005, p. 22) que se parece significativamente al uso de la abstinencia en el campo de la reducción del consumo. Si se considera al desarrollo alternativo como forma de “prevención”, entonces puede obedecer también a lo que comúnmente se llama prevención universal, selectiva e indicada en el área del consumo. De esta manera, tanto desde el punto de vista conceptual como desde el punto de vista práctico, la hibridación entre los diversos contextos (producción, tráfico, comercialización y consumo) puede garantizar más coherencia y políticas de sistema.

De estas contribuciones pueden emerger algunas indicaciones acerca del concepto. Este se enraza en el tema del desarrollo en general (a partir de las políticas de reducción de la pobreza), y por este medio se extiende hacia el campo del desarrollo alternativo entendido como forma de desarrollo sustentable (ver por ejemplo los problemas de sustentabilidad de los cultivos industriales de soja o de caña de azúcar) implementado “en lugar de” otras formas de desarrollo consideradas no aceptables (por ilícitas o ilegales) o no sustentables. La conexión de este tema con el contexto de las drogas ilícitas ha hecho que entraran en el escenario actores y procesos ligados a la “ilegalidad”, la criminalidad organizada y la criminalidad común, cuestionando profundamente el concepto mismo y sobre todo a sus prácticas.

En síntesis, lo que se entiende de estos análisis es que el desarrollo alternativo en el área de producción de drogas tiene sentido si se inserta en un plan de desarrollo más amplio. Es en el marco de este plan que las iniciativas a nivel de terreno, de comunidades reales locales, de familia y de pequeñas organizaciones encuentran los recursos y las alianzas que necesitan para insertar sus productos en un mercado del cual recibir un compenso equilibrado. Esto permite esclarecer también dos aspectos: (i) un asunto es desarrollar pequeños o medianos procesos de desarrollo alternativo a nivel local o regional, (ii) otro es producir un pasaje en escala. En el primer caso se obtienen ciertamente resultados positivos a corto plazo, mientras que el largo plazo es asegurado solamente por un pasaje de escala. El pasaje de escala necesita de una política similar a cualquier otro contexto productivo.

PRÁCTICAS Y RESULTADOS

En la práctica, el desarrollo alternativo, para poder ser eficaz y eficiente, tiene que seguir algunos lineamientos (criterios). Entre estos se encuentra uno que puede ser considerado el marco en el cual se ubican todos los otros: la necesidad de incluir a las poblaciones o comunidades beneficiarias en los procesos de toma de decisión, construcción del conocimiento/diagnóstico de las condiciones reales de la producción de las sustancias, de los aspectos ligados a la sostenibilidad de las políticas alternativas, su viabilidad política, los aspectos de protección del medio ambiente y un enfoque sensible a las condiciones de género (Berg, 2002). Partiendo de este marco, que encuentra fuertes sinergias con el abordaje propuesto para la gestión de situaciones de “conflicto” (Jackson, Wolff, Haider, & Bakrania, 2010), se entiende entonces que las políticas de desarrollo alternativo tienen que enfocarse principalmente a dos objetivos: incrementar los niveles de ingresos de la población, y mejorar las condiciones de vida de la gente (Mansfield, 2006, p. 9-10).

Este segundo objetivo es esencial porque de esto depende la sostenibilidad y la sustentabilidad de estos procesos. Para ilustrarlo, véase el caso que sigue: “En particular, las organizaciones de café mencionaron que gracias al proceso de certificación impulsado por el Programa⁶ mejoraron sus viviendas y sus fincas, construyeron infraestructura como secaderos y sistemas de manejo y tratamiento de aguas, se vincularon al SISBEN y lograron entrar a los mercados internacionales después de los procesos de certificación ambiental. Adicionalmente, y de gran relevancia es el conocimiento que han adquirido sobre la forma de establecer relaciones y mantener diálogos con las instituciones que cuentan con los recursos que las comunidades necesitan. (...) Con este conocimiento, por ejemplo, algunas organizaciones de caucho lograron continuación con el acompañamiento técnico y consiguieron capacitaciones y recursos con otras entidades” (Ojeda, 2011):.

De estas prácticas derivan algunas indicaciones sobre los programas de desarrollo alternativos que viene de la experiencia colombiana: “Los proyectos productivos que se desarrollan deben cumplir con las siguientes características: (i) ser sostenibles técnica, social, económica y ambientalmente, (ii) generar nuevas fuentes de trabajo e ingresos, (iii) apoyar la conformación y consolidación de organizaciones empresariales rurales y otras formas asociativas, (iv) contar con la participación de las comunidades beneficiarias en las distintas fases del proyecto, (v) fortalecer cadenas productivas, (vi) disponer de canales de comercialización nacionales o internacionales, (vii) mejorar las condiciones de seguridad alimentaria de las comunidades

⁶ Se trata en este caso de un Programa de Desarrollo Alternativo (Ojeda, 2011)

Integración social y drogas.

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas - OEA-CICAD
ENCUENTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012.

beneficiarias y (viii) trabajar con productores que tengan su situación de tenencia de la tierra claramente definida⁷.". Esas indicaciones encuentran soporte también de otras experiencias implementadas en América Latina y en otros continentes (GTZ, Lessons Learned from Alternative Development in South-East Asia, 2006), (Haider, 2012), (Berg, 2002).

Estos criterios dan por un lado un perfil "idealizado" de las practicas de desarrollo alternativo y por el otro dibujan ciertamente un marco que incrementa las probabilidades de éxito de este tipo de políticas.

PRÁCTICAS PROMETEDORAS

A pesar de la complejidad de la implementación de políticas de desarrollo alternativo, existen prácticas prometedoras, es decir, experiencias que han dado resultados positivos, aunque no exista una evaluación científica de estos. Entre las practicas se mencionan las siguientes, asociándolas con los elementos que han permitido resultados positivos.

Palmera aceitera en Ucayali (1991-2004)	"La clave de su éxito ha sido partir de la demanda de los agricultores, respetar y fortalecer su organización propia y elegir una línea productiva de mercado interior" (Cabiese, 2006, p. 2)
Apoyo a capacidades locales en San Martin	El elemento de éxito reconocido fue "confiar en las autoridades locales, fomentar la participación de los ciudadanos y tener confianza en sus capacidades" (Cabiese, 2006, p. 2) (Cabiese, 2012) (UNODC, 2011)
Cadenas productivas en Huanuco y el Valle del Rio Apurimac y Ene	Dirigido a construir centros de servicios económicos. Elementos de resultado positivo: el estudio previo de identificación de potencialidades, la consulta con las organizaciones empresariales locales, el desarrollo del mercado interno más que de la exportación (Cabiese, 2006, p. 3)
Microcréditos productivos en el Alto Huallaga y Aguaytia	"El eje fue confiar en la unidad familiar campesina, respetar y fortalecer su capacidad de organización local para la seguridad alimentaria, apoyar el desarrollo de la democracia, fomentar el empoderamiento de la mujer y proteger el medio ambiente (Cabiese, 2006, p. 3)
Fomento del control de drogas en Laos en el marco del desarrollo rural	Elementos de éxito positivo: articular el desarrollo socioeconómico con el control del consumo por medio de programas de prevención y tratamiento; incluir la participación de las comunidades destinatarias en las fases de planeación y ejecución (Preiss & Hansmann, 2006, p. 28).
Fortalecimiento de los gobiernos locales y organizaciones comunitarias en Alto Hullaga/Peru	Hacer un estudio detallado de los problemas, de los recursos necesarios para enfrentarlos. Uso de medios de comunicación local (radio) para informar acerca de los programas y de las iniciativas, de sus finalidades y objetivos y la desventaja de la producción de drogas. Reforma de los programas escolares para garantizar educación mejor. Capacitación del personal de la administración pública para defender los intereses de la población. Inclusión de las familias en los procesos de toma de decisión. Creación de concejos de desarrollo compuestos por representantes de todos los grupos afectados (Preiss & Hansmann, 2006, p. 29).

⁷ Agencia Presidencial para la acción social y la cooperación internacional – Accion Social, Cartilla Programa Desarrollo alternativo – Proyectos Productivos: Cuarta Herramienta de Equidad : Manejo Social del Gobierno. Bogotá: Benoto Editores, 2004, p. 8-9) Citado en (Ojeda, 2011)

Integración social y drogas.

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas - OEA-CICAD

ENCUENTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012.

Cooperación multisectorial para la ampliación de la ayuda a los drogodependientes en Nueva Delhi/India	Ser un proyecto implementado por actores locales. Haber creado un banco de datos sobre oportunidades de trabajo para consumidores y ex consumidores de drogas. Tener un enfoque en la capacitación profesional, utilizar operadores pares. Incluir programas de sustitución de drogas (buprenorfina). Creación de una mesa de cooperación entre sector de la sociedad civil y gobierno. La introducción de la reducción del daño (Preiss & Hansmann, 2006, p. 31).
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Estas prácticas han sido presentadas para evidenciar los factores de éxito. Estos factores no garantizan el éxito de por sí, sino por la inteligencia de la estrategia que se dibuja y ejecuta de manera tal que trabajen en manera sinérgica. Decir que estas prácticas son prometedoras no quiere decir que nada tienen que ver con los elementos de criticidad que se mencionan a continuación.

ELEMENTOS DE CRITICIDAD

El concepto y las prácticas del desarrollo alternativo han despertado críticas a veces ásperas y con frecuencia basadas en los hechos: se ha notado en efecto la ausencia de una estrategia suficientemente clara y coherente y la dificultad de tener fondos suficientes para el tamaño de la tarea. Por otro lado su asociación con la represión y sus actividades típicas: erradicación y defoliación ha hecho que este término no tenga un gran prestigio en las comunidades directamente involucradas. Este hecho es relevante porque, como se ha visto, sin la participación de las comunidades directamente involucradas no hay posibilidad de desarrollo de programas eficaces de cultivo alternativo (Mansfield, 2006, p. 11).

Por otro lado, en el momento en el cual se ha tratado de ver cuáles eran los resultados de los programas de desarrollo alternativo se ha fracasado en producir evidencias que demuestren como la reducción de cultivo de drogas pueda estar ligada a los programas de desarrollo alternativo (Mansfield, 2006). En áreas geográficamente amplias, la agregación de los datos ha producido resultados positivos. Sin embargo, la desagregación de los mismos datos (por comunidades en lugar de considerar una región entera) ha permitido ver que no hay una correlación estable entre intensidad de la aplicación del plan de desarrollo alternativo y resultados obtenidos, como si la reducción del cultivo resultara de otros factores (ibid, pag. 12).

Por otro lado, las políticas de desarrollo alternativo, durante la primera fase de su implementación (los años 80) se inspiraron a los programas de desarrollo enfocados en género, pobreza, desarrollo comunitario sin tomar en consideración las características típicas del cultivo de drogas (ligazón con el crimen organizado, con grupos insurgentes, con la política entera de un país, con la economía, con la calidad de la riqueza producida y sus procesos de distribución etc.).

Otras dificultades derivaron del hecho que programas por ejemplo que incluían a la erradicación, no tomaban en consideración elementos culturales ligados al cultivo de drogas y la estructura social que permitía tales cultivos. La consecuencia fue que los proyectos se evaluaban únicamente en términos de reducción de cultivos y no en términos de las consecuencias que estos tenían para las poblaciones involucradas (a veces en contra de su voluntad) en estos programas.

Hugo Cabiese, en su estudio, resume en diez puntos los elementos de criticidad en los planes de desarrollo alternativos. Estos constituyen elementos que definen con precisión un marco más

eficaz de políticas en este sector. (i) se partió del principio de la erradicación (...) sin entender las complejidades socioculturales y económico-ecológicas que este cultivo entraña. (ii) No se identificaron los productos ni actividades que concordaran con la disponibilidad y aptitud de los suelos y con el conocimiento propio de las poblaciones de cada zona. (iii) Las opciones productivas seleccionadas no eran compatibles con zonas agroecológicas de selva alta que, en general, no son aptas para la agricultura de exportación. (iv) parte importante de los productos agrícolas promovidos no estuvieron orientados a la construcción de mercados locales y regionales sino a la exportación, y sus precios fueron fluctuantes. (v) hubo deficiencias en la elección del paquete tecnológico-productivo para la unidad familiar campesina, cuyo principal recurso disponible es la mano de obra familiar. (vi) Varias actividades económicas alternativas no consiguieron los rendimientos esperados, lo que terminó por inducir a los productores a regresar a la producción de coca. (vii) Si bien algunos productos eran rentables en el corto plazo comparados con la coca –arroz, frijol, palma, cacao, ajonjolí y barbasco por ejemplo- no tuvieron mercados seguros y sostenibles. (viii) La información hacia los agricultores subestimó costos y sobreestimó ingresos, y los condujo a desarrollar actividades que no resultaban rentables. (ix) No se lograron impulsar actividades agro-silvo-pastoriles sostenibles para la unidad familiar campesina, cuya mano de obra disponible recorre diversos pisos ecológicos durante el año. (x) No hubo acceso a crédito rural favorable, puesto que los sistemas crediticios existentes son incipientes y se otorgan para actividades urbano-comerciales de ingresos medios con garantías prendarias, lo que afectó la competitividad de sus productos.” (Cabiese, 2006, p. 179). El autor concluye diciendo que el DA en Perú tuvo 4 fallas. La primera es que no se hicieron estudios de zonificación económico-ecológica. La segunda es que se excluyeron a las familias campesinas y autoridades locales de procesos de toma de decisiones. La tercera fue que no se construyeron mercados locales y no se capacitaron a las personas para la exportación. La cuarta fue que los fondos no eran suficientes para garantizar sustentabilidad.

Además de esto se considera que si por un lado el desarrollo alternativo como “alternativa” a la producción de drogas ha producido resultados, estos parecen ser “locales” y no tener influencia en el cultivo y la producción de drogas. La producción se desplaza en otros lugares. Si hay entonces evidencias que el desarrollo alternativo ha producido cultivos legales donde antes había cultivos ilícitos no hay evidencia que los cultivos ilícitos, globalmente, hayan disminuido debido al desarrollo alternativo.

Leyendo estos puntos críticos es posible añadir otros: las perspectivas conceptuales y metodológicas de los expertos que piensan, desarrollan metodológicamente, asesoran y monitorean estos procesos, sus “credos” políticos e ideológicos, su posición respecto a las comunidades con o a favor de las cuales trabajan, su conocimiento real de los contextos, sus competencias etc.

2.4. INTEGRACION SOCIAL Y CONSUMIDORES

De todos modos en esta sección se tratará de ilustrar (i) algunas propuestas de políticas de integración social de consumidores de drogas, (ii) el significado en términos de integración social de políticas enfocadas en consumidores de drogas.

2.4.1 CONCEPTO: INTEGRACION SOCIAL DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS.

En las políticas de drogas hay un hecho discriminante respecto a la integración social de los consumidores de drogas. Se trata de el marco legislativo en el interior del cual el consumo de drogas está ubicado y de acuerdo a si esta conducta es considerada un hecho de salud pública, un hecho penal, ambos o ninguno de los dos (Uprimny, 2002) (Uprimny, 2003). Se está hablando aquí del “consumo de drogas”, independientemente del hecho que sea esporádica o frecuente, que haya engendrado dependencia o no, independientemente del tipo de sustancia utilizada y de la manera con la cual esta haya sido obtenida. Parece lógico iniciar con una mirada profunda a los actuales marcos legislativos, unívocos y homogeneizadores, en función de las evidencias existentes sobre las distintas modalidades y contextos de uso, de cara a abordar una realidad social multicausal, multidimensional y heterogénea.

Se puede, en efecto, pensar que la penalización/no penalización del consumo de drogas contribuya en determinar el marco de acciones posibles, y el marco de acciones posibles contribuye en determinar también las opciones que las políticas tienen en favorecer o hacer más difícil los procesos de integración social. Ambos factores contribuyen en determinar los resultados de los planes, de los programas y de las acciones.

Si se considera, por ejemplo, la posición de R. Uprimny ilustrada a continuación, se pueden traer conclusiones que van en el sentido de una diversificación y complejizarían de espacios de integración en función de la posición que las políticas tomen en el continuum entre penalización y castigo y no penalización.

Cuadro 1. Modelos de manejo jurídico de sustancias psicoactivas. Fuente: (Uprimny, 2002, 2003)				
	I	II	III	IV
Tipo de política, denominación y algunos ejemplos históricos	Prohibición estricta o "guerra a las drogas" . Estrategia dominante en USA	Prohibición flexible o "reducción del daño" . Estrategia holandesa, Suiza y de algunas ciudades europeas.	Despenalización flexible o "reducción del daño generalizada" o "modelo de salud pública" o "legalización regulada". Política frente al alcohol de ciertos países europeos.	Despenalización estricta o política de "liberalización general" . Política dominante en el tabaco hasta hace pocos años.
Filosofía implícita y objetivos	- Perfeccionismo moral o protección a la salud impuesta por el Estado.	- Reducción de los abusos y de los daños asociados al consumo.	- Proteger salud pública en el marco de los derechos	- Libre opción y escogencia. - Proteger al máximo la libertad

Integración social y drogas.

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas - OEA-CICAD
ENCUENTRO SOBRE INTEGRACION SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012.

	- Consumo es vicio moral, o delito, o degradación personal. - Es necesario erradicar todo consumo de drogas ilícitas, o al menos reducirlo significativamente.	- Reducción de los daños asociados a las políticas de control en relación con el consumidor	humanos. - Reducir los daños en todas las fases de la economía de la droga. - El consumo es tolerado pero desestimulado.	individual y restringir la intervención del Estado. - Confianza en el papel regulador del mercado
Papel del derecho penal y sancionador.	Máximo, en todas las fases de la economía de la droga (producción, distribución y consumo)	Mínimo en consumo y distribución minorista pero máximo en producción y distribución mayorista.	Mínimo en consumo, distribución y producción.	Prácticamente eliminado, al menos como política diferenciada frente a las drogas.
Uso de otros instrumentos	Mínimos, y siempre al servicio de la represión.	Fuertes y diferenciados en consumo, pero mínimos en relación con la oferta.	Fuertes y diferenciados en toda la cadena.	Papel regulador del mercado, por lo cual no hay instrumentos específicos.

Este cuadro es una sinopsis de diferentes modelos o acercamientos que no tiene que ver únicamente con los programas dirigidos a consumidores de drogas, tiene interconexiones con la zona gris de la venta callejera, con la producción y la comercialización.

2.4.2 INTEGRACION SOCIAL Y PREVENCION DEL CONSUMO (PRIMER ABORDAJE)

Las Naciones Unidas (Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito) en 2002 ha editado el “Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento” (UNODC, 2002). En este trabajo se presentan los factores de riesgo y protectores respecto al uso indebido de drogas subdividiéndolos en las dos conocidas categorías (personales y ambientales) y entre los factores protectores ambientales menciona a los siguientes: “* Buenas relaciones personales, incluso con miembros de la familia y amigos, animales y cosas que alientan la necesidad de cuidar, compartir y establecer lazos. Por ejemplo, un amigo que está dispuesto a ayudar en situaciones difíciles y que tiene buenas aptitudes personales, o un animal doméstico del que hay que cuidar. En ambos casos, se aprende a asumir responsabilidades no solo por algo o por alguna persona sino también por sí mismo. * Recursos adecuados para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de la persona, por ejemplo, escuelas, servicios de salud de fácil acceso para los jóvenes, centros sociales con actividades de recreación, instalaciones deportivas, oportunidades de empleo, etc. * Normas culturales que desalienten el uso indebido de sustancias. Por ejemplo, Gujarat (India), el estado nativo de Gandhi, tiene una larga tradición de abstinencia. El alcohol está prohibido y la comunidad en general no tolera la intoxicación. El problema del uso indebido de drogas en este estado es mucho menor que en otras partes del país. *Las leyes que reglamentan el uso de sustancias son estrictas y se aplican rigurosamente, y el acceso a drogas lícitas e ilícitas es limitado o difícil” (UNODC, 2002, p. 18).

En el Manual justamente se escribe que “Estos factores de ninguna manera abarcan todas las cosas que pueden contribuir al uso indebido de drogas por los jóvenes. Por cierto, no constituyen UNA razón, o ni siquiera LA razón más importante del uso indebido de drogas. Sólo

tienen por objeto dar una idea de los tipos de cosas que habrá que tener presentes cuando se organicen actividades de reunión de información en la comunidad sobre las causas del uso indebido de drogas” (ibídem).

Analizando este texto se pueden subrayar los aspectos siguientes (i) el primer factor de protección ambiental tiene que ver con el capital social, tener un consistente capital social es un factor de protección (lo cual concuerda con lo que se ha dicho sobre el concepto de exclusión); (ii) el segundo factor tiene que ver con los recursos: escuelas, servicios de salud de fácil acceso, jóvenes, centros sociales con actividades de recreación, instalaciones deportivas, oportunidades de empleo etc., lo cual concuerda con el concepto de inclusión/exclusión social. (iii) el tercer factor de protección se relaciona con los hechos culturales en sentido amplio, y el quinto con las leyes y normas. Este documento parece demostrar una alta congruencia entre el abordaje de la prevención y el abordaje de la integración.

Más adelante en el texto (UNODC, 2002, p. 20-21) los autores ilustran los principios de la prevención, reformulando en una manera clara y sencilla lo que ha sido históricamente producido por NIDA (NIDA, 2002) y, como lógica consecuencia, los elementos prácticos que hay que tomar en consideración cuando se implementan programas de prevención: promoción de la salud, acento en las personas y estímulo de la interacción social, participación respeto a los valores culturales, estímulo de las alternativas positivas, aprovechamiento de las investigaciones y de la experiencia, tener una perspectiva a largo plazo, referirse a poblaciones y necesidades concretas, tomar en cuenta el desarrollo de la comunidad, utilización de los medios de difusión y de cultura etc. (pág. 21 y 22).

Cuando se analizan sucesivamente las actividades concretas propuestas se observa que estas tienen que ver esencialmente con producción y mejoramiento del capital social, conocimiento de las sustancias y de sus consecuencias. Parece que los otros elementos que constituyen la estructura de los procesos de integración social son olvidados aunque en los conceptos y en la visión teórica son explicitados.

Se entiende que este manual está dirigido a los jóvenes (sin que un rango de edad sea claramente definido) y entonces, como es muy comprensible, los jóvenes, aunque no estén afectados por problemas de desarrollo comunitario, tal vez no tienen nada que hacer en eso, ni entender los procesos de producción de trabajo, de urbanización, políticos y económicos etc. que producen pobreza y marginación etc. Se puede pensar entonces que este planteamiento de la prevención se basa o refuerza algunos estereotipos: (i) que prevención y desarrollo de sistemas de integración social son dos componentes que nada o muy poco (solo intelectualmente) tienen que ver la una con la otra, (ii) que la comprensión de los procesos de exclusión no es un argumento útil para los programas de prevención de los jóvenes, (iii) que la prevención de uso de drogas entre los jóvenes es un asunto de “malas relaciones con amigos” o “padres” o “docentes”. Este abordaje parece estar presente también en otros documentos oficiales (UNICEF, 2000, p. 11) (NIDA, 2002).

2.4.3 INTEGRACION SOCIAL Y PREVENCION DEL CONSUMO (SEGUNDO ABORDAJE)

Por lo que concierne las políticas centradas en la Salud Pública, un documento reciente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010) “Las Políticas de Drogas y el Bien Público” hace una propuesta a todo el continente. Cuando habla de los “tipo de intervenciones y

estrategias pertinentes para las políticas de drogas” este comenta que “(...) agrupamos las opciones de políticas de drogas en cinco categorías: la prevención primaria; los servicios para usuarios crónicos de drogas; el control de la oferta; los reglamentos y regímenes de prescripción; y el empleo de las sanciones penales” (OPS, 2010, p. 102).

En los programas de prevención considerados, el enfoque es médico o psicosocial (en la mayoría de los casos socio-pedagógico) independientemente de la edad de las personas a las cuales están dirigidos los programas, independientemente de los contextos (familia, individuo, escuela o comunidad) en los cuales los programas sean realizados. Se entiende que los programas realizados en la escuela puedan tener (aunque en manera no explícita en todos los casos) como finalidad la reducción del fracaso escolar, la promoción del bienestar en el grupo y entre los pares, el mejoramiento de las relaciones con los adultos significativos (profesores y administradores) etc. Una de las conclusiones de los autores es que “Los estudios muestran que factores que pronostican el desarrollo de un problema de drogas también son predictores del fracaso académico, el aislamiento social, la agresividad y otros problemas. Esto implica que programas que no tienen un contenido específicamente relacionado con las drogas pueden sin embargo reducir el uso de drogas porque crean un contexto más ampliamente positivo para el desarrollo de los jóvenes. En otras evaluaciones se ha comprobado que esos programas repercuten en un conjunto más extenso de trastornos mentales, emocionales y del comportamiento, al igual que en el uso de drogas. (O’Connell et. Al, 2009)” (OPS, 2010). Esta conclusión puede ser leída desde ópticas diferentes. La primera es que si se adopta el enfoque del uso de drogas, todos los otros problemas (agresividad, abandono o fracaso escolar etc.) pueden ser vistos como sus consecuencias en lugar de ver una interconexión entre ellos; si así fuera, esto conduciría a desarrollar políticas enfocadas al consumo de drogas esperando de esta manera incidir también en los otros problemas como si estos fueran consecuencia del primero. Si esta fuera la primera lectura se encontraría en conflicto con la segunda afirmación: que programas que nada tienen que ver directamente con la prevención del uso de drogas pueden tener efecto de prevención de uso de drogas. Lo cual sugiere que la prevención de drogas puede hacerse sin enfocarse en la prevención de drogas, y que el problema que hay que prevenir se encuentra en otro lado o es de otro tipo (la exclusión social en el marco de la vida escolar por ejemplo, relacionada con el fracaso escolar y otras dificultades comportamentales). La última afirmación confirma la aporía del enfoque centrado en la relación con las drogas. Efectivamente, un mismo programa tiene efectos positivos sobre un conjunto “más extenso de trastornos mentales, emocionales y de comportamiento”, independientemente (por lo menos se espera) de la definición del término “trastornos”. Desde el punto de vista de las políticas de drogas, entonces, el tema de la inserción social está estrechamente vinculado con los programas de prevención de dos maneras. (i) cuando se considera a la prevención como una complejo sistema de acciones dirigidas a mantener a la persona insertada en la vida social, (ii) cuando se enfocan los programas al mejoramiento global o a la reducción global de los factores de riesgo. En este campo se consideran entonces políticas de prevención todas aquellas que promueven la participación a la vida social y el mantenimiento de las personas, de los grupos y de las comunidades en el marco de la vida social.

En el documento de la OPS se menciona también la conocida experiencia de Wu y colegas (Wu, Detels, Zhang, Li, & Li, 2002) realizada en un contexto rural en lo Yunnan, en China, en la cual se desarrolla una programa comunitario con el involucramiento de muchos actores institucionales y organizados. Este programa es clasificado entre aquellos que han tenido resultados positivos

Integración social y drogas.

por lo que concierne la reducción en el consumo (aunque no hayan sido definitivamente establecidos por una revisión sucesiva de la Cochrane) (OPS, 2010, p. 117). Por el contexto social de actuación del programa (comunitario) y por el contexto geográfico-económico nos hubiéramos podido esperar que el tema de la integración ligada al “desarrollo de la comunidad” hubiera podido ser tratado. No hay evidencias de esto ni en el marco de referencia teórico (que toma en consideración el modelo del aprendizaje social de Bandura), (Bandura, 1987) ni en el marco de las acciones en las cuales se incluyen servicios a la comunidad, inclusión de las personas en situación de riesgo en actividades de tipo agrícola y actividades de mercadeo social (Kotler P. (., 1975) (Kotler & Zaltman, 1971) . El foco de la acción es siempre el sujeto en situación de riesgo o con conducta de abuso, en ningún momento se logra entender que la comunidad y el cambio de su estructura o de su actitud pueda ser el foco de la acción. Se puede decir que esta acción es paradigmática de las políticas que tratan de utilizar el contexto para modificar las conductas de las personas expuestas al consumo o que consumen y no para modificar las condiciones estructurales y de funcionamiento de la comunidad de manera que las personas “vulnerables” puedan retardar el inicio de consumo o no permanecer en el contexto de un consumo disfuncional demasiado tiempo (hasta el estado de cronicidad). Se entiende también que, si el foco de las políticas no incluye únicamente al sujeto que consume o que puede hacerlo sino también al contexto, considerado no solamente como escenario en el cual se juega la prevención, o, en la mejor hipótesis, como uno de sus instrumentos, sino como blanco de la prevención, entonces no solamente los programas, sino también los indicadores de cambio y los procesos de evaluación tendrían que cambiar: lo que se buscaría evaluar no es únicamente la fenomenología del uso de drogas sino también otros tipos de cambio que son aquellos que permiten que el consumidor de drogas se quede anclado en la vida social... aunque consuma. Modificar este abordaje haciendo que las comunidades sean no solamente sujeto de acción sino también sujetos de cambio, tiene ventajas ciertas: (i) evitar que el foco de la acción preventiva sea en la sustancia, (ii) evidenciar como el uso de drogas es una de las variables de sistemas más complejos, (iii) aceptar que la disminución del consumo de drogas depende muy poco de las actividades de prevención, (iv) evidenciar que la prevención busca el cambio (no solo el empoderamiento) de la comunidad de manera que las personas que consumen (o que manifiestan otras conductas no compatibles con la vida de la comunidad) sean excluidas.

2.4.4 INTEGRACION SOCIAL Y MINIMIZACION DE RIESGOS Y DAÑOS (LA REDUCCION DEL DAÑO)

Si observamos el tema de la reducción del daño de manera retrospectiva utilizando algunas acciones consideradas típicas en la actualidad (como, por ejemplo, la prescripción de fármacos sustitutos) podemos ver que ésta se inició en los años 20 con la prescripción de la morfina y de la heroína para dependientes del opio en el Reino Unido (EMCDDA, 2010, p. 20) y con la introducción del uso de la metadona en los Estados Unidos. Es a partir de 1974 que la Organización Mundial de la Salud empieza a recomendar que se implementen políticas de reducción del daño para prevenir y disminuir la severidad de los problemas asociados a la dependencia de drogas (WHO, 1974, p. 82). No se puede excluir que una cierta aversión hacia la reducción del daño tenga que atribuirse a la decisión de llamarla “reducción del daño” y no otra cosa... como si la palabra reducción tuviera que aplicarse exclusivamente al consumo (en todas sus formas) conservando entonces intacta la visión de la prevención entendida en términos radicales (hacer que el consumo nunca se dé).

La siguiente cita del EMCDDA resume bien, por un lado, los términos del debate y, por el otro, la base conceptual sobre la cual se asienta la reducción del daño. “The concepts of risk and harm reduction are closely aligned to that of health promotion and public health more generally. Yet in relation to illicit drugs, debates about developing public health approaches to reducing drug-related harms are often clouded by harm reduction positioned as a symbol of radical liberalization or attack upon traditional drug control. Public health has at its core the idea of protecting individual and population health through the surveillance, identification and management of risk to health (Ashton and Seymour, 1988; Peterson and Lupton, 1996). It is essentially a model of risk and harm reduction. The new public health movement of the mid-1980s coincided with the emergence of human immunodeficiency virus (HIV) epidemics in many countries. This new vision of public health was heralded as a shift beyond narrowly defined biomedical understandings towards one that envisaged health and harm as also products of the social and policy environment, and which gave greater emphasis to community-based and ‘low-threshold’ interventions (WHO, 1986). Contemporary public health thus characterizes risk and health decision-making as a responsibility of health conscious individuals while also emphasizing the significance of the social environment in producing harm and in shaping the capacity of individuals and communities to avoid risk (Peterson and Lupton, 1996; Rhodes, 2002). Consequently, mainstream public health approaches recognize the need to create ‘enabling environments’ for risk reduction and behavior change, including through the strengthening of community actions and the creation of public policies supportive of health (WHO, 1986). Harm reduction is an exemplar of mainstream public health intervention (EMCDDA, 2010, p. 20).

La reducción del daño ha permitido y favorecido que en las políticas de drogas se superara el paradigma del consumo de drogas y de la dependencia centrado en la relación entre una persona y una o más sustancias, para introducir “elementos del contexto”. No es que esto no se supiera, se sabía mas no había tenido impacto en las políticas. El elemento que ha permitido modificar el paradigma ha sido la pandemia del SIDA (BCCDC, 2011, p. 6).

La utilización de los conocimientos y de las experiencias producidas ha permitido, poco a poco, que acciones específicas de reducción del daño se incluyeran en las políticas públicas, ver por ejemplo este fragmento en el cual se definen las políticas de drogas de la UE 2005-2012. “ (af) llevar a cabo un estudio científico sobre los costos y beneficios de las políticas actuales para el control de las sustancias estupefacientes que incluya, en particular: un análisis del cannabis y sus diversos derivados lícitos e ilícitos, de cara a determinar sus efectos, su potencial terapéutico y los resultados de las políticas de criminalización y posibles alternativas; un análisis de la efectividad de los programas de distribución de heroína bajo supervisión médica con fines terapéuticos sobre la base del objetivo de la reducción de las muertes relacionadas con las drogas; un análisis de los costos económicos, legales, sociales y medioambientales respecto a los recursos financieros necesarios para el cumplimiento de la ley; y un análisis del impacto de las políticas actuales en los Estados no miembros bajo la Estrategia Europea y el sistema global de control de drogas.

La reducción del daño se inspira en algunos principios que han sido sistematizados en un sinnúmero de publicaciones. Consideramos aquellas del Estado Canadiense del British Columbia por ser un órgano oficial:

Pragmatismo -. La reducción de daños reconoce que el uso de drogas es un fenómeno complejo y multifacético que abarca un continuo de conductas, desde la abstinencia a la dependencia

crónica y produce diversos grados de daño social. La reducción del daño acepta que el uso no médico de sustancias psicoactivas o que alteran el estado de ánimo es un fenómeno universal. Reconoce que, a la vez que supone riesgos, el uso de drogas también proporciona al usuario y a la sociedad beneficios que deben ser tomados en cuenta.

Derechos Humanos -. La reducción de daños respeta la dignidad humana básica y los derechos de las personas que usan drogas. Se acepta la decisión del usuario de drogas respecto a consumir de drogas y no realiza ningún juicio, ya sea para condenar o apoyar el uso de las drogas. La reducción de daños reconoce el derecho a la libre determinación del consumidor de drogas y apoya la toma informada de decisiones en el contexto del uso activo de drogas. Se hace hincapié en la posibilidad de elección personal, en la responsabilidad y en la gestión.

Enfocarse en los daños -. El hecho o la extensión del uso de drogas de un individuo es secundaria respecto a los daños derivados del uso de drogas. La prioridad es disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas para el usuario y los demás, en lugar de disminuir el uso de drogas en sí. Si bien la reducción de daños hace hincapié en un cambio hacia las prácticas y patrones de consumo de drogas más seguros, se reconoce la necesidad de la existencia de estrategias en todas las etapas a lo largo del continuo del consumo de drogas.

Maximizar las opciones de intervención -. La reducción de daños reconoce que las personas que consumen drogas se benefician de una variedad de enfoques diferentes. No existe un enfoque de prevención o de tratamiento que funcione de manera confiable para todos. Se trata de proporcionar opciones y el acceso rápido a una amplia gama de intervenciones que ayude a mantener a las personas sanas y salvas. Las personas y comunidades afectadas por el consumo de drogas deben participar en la creación de estrategias eficaces de reducción de daños.

Dar prioridad a objetivos inmediatos -. La reducción de daños comienza "allá donde la persona está" en su consumo de drogas, con un foco inmediato en las necesidades más apremiantes. Establece una jerarquía de intervenciones realizables que, tomadas de forma independiente, pueden conducir a una vida más plena y saludable para los consumidores de drogas y a una comunidad más sana y segura. La reducción de daños se basa en la importancia de los beneficios incrementales que se pueden construir a lo largo del tiempo.

Involucramiento de los consumidores de drogas -. La reducción de daños reconoce que las personas que consumen drogas son la mejor fuente de información acerca de su propio consumo de drogas, y deben estar empoderados para unirse a los proveedores de servicios para determinar las mejores intervenciones para reducir los daños derivados del uso de drogas. La reducción de daños reconoce la competencia de los usuarios de drogas para tomar decisiones y cambiar sus vidas. La participación activa de los usuarios de drogas está en el centro de la reducción de daños. (BCCDC, 2011, p. 5-6).

Un ejemplo, entre otros, de políticas de reducción del daño en el continente puede encontrarse en Brasil, donde este tipo de programas ha sido implementado con cierta anticipación si se compara con otros países (Ministério da Saúde, 2004), (Passos & Souza, 2011). En estas políticas la reducción del daño se ubica en el marco de las estrategias de salud pública como una modalidad de acoger a las "diversidades" y se enlaza con las redes de salud entendidas como lugar en el cual se dan las conexiones y la inserción social (Ministério da Saúde, 2004, p. 10-11).

2.4.5 INTEGRACIÓN SOCIAL Y TRATAMIENTO

El valor del tratamiento en el contexto de la integración social no es un elemento constante e independiente de otros factores. Entre los factores de los cuales depende, se pueden encontrar los siguientes: qué se entiende por tratamiento del consumo de drogas, cuáles son los contextos operativos en los cuales éste se puede implementar (ambulatorio, semi-residencial, residencial, en estructuras o servicios construidos *ad hoc*, en el hospital general, en comunidades abiertas, en instituciones no estrictamente de salud mental (escuelas, lugar de trabajo)), cuáles son los componentes del “tratamiento”: medicina de las adicciones, psicología de las adicciones (incluyendo la sicoterapia en todas sus formas reconocidas por la comunidad científica), rehabilitación sicosocial etc., inserción o integración social?

Para poder esclarecer este panorama y dar algunos indicios de respuestas que a su vez favorezcan el establecimiento de políticas claras, esclarecemos algunos conceptos: tratamiento, tratamiento de sustitución, tratamiento estructurado, tratamiento en la comunidad etc. utilizando como guía el Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas. Abuso de drogas Tratamiento y Rehabilitación Guía Practica de Planificación y Aplicación” de UNODC (UNODC, 2003)

TRATAMIENTO.

“Segun la OMS (30.o Informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, Serie de Informes Técnicos), el termino “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”. En un sentido estricto, el tratamiento puede definirse como “un enfoque integral destinado a la identificación, asistencia ... (y) ... atención de la salud ... de las personas que presentan problemas provocados por el uso de cualquier sustancia psicoactiva”. En realidad, al proporcionar a esas personas una variedad de servicios de tratamiento y de oportunidades para potenciar su capacidad física, mental y social, se les puede ayudar a cumplir el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y de lograr su plena readaptación social. Los servicios y las oportunidades de tratamiento pueden comprender desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o asesoramiento y terapias psicosociales. Por otra parte, el tratamiento tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y las consecuencias sanitarias y sociales negativas que tiene el consumo de esas sustancias o que se relacionan con el (UNODC, 2003, p. Anexo IX, 16). Es el contacto con un proveedor de un servicio de salud o de “otros servicios comunitarios” (no claramente definidos) el elemento que marca el inicio de un “tratamiento”. Si se considera el tema del tratamiento a partir de los servicios que se “entregan” se habla de desintoxicación, terapia de sustitución y servicios de asesoramiento y terapias sicosociales. Es explícito el hecho que el tratamiento exige la presencia de especialistas formados. Este abordaje de segura eficacia plantea una dificultad del punto de vista de la integración social, en la medida en la cual no prevé la participación, por ejemplo, de operadores pares, de miembros o redes comunitarias etc. a menos que la contribución que estos sujetos y entidades sociales pueden dar no incida en nada en los procesos de bienestar de las personas. En este caso, obviamente, no pueden ser contempladas como elementos del tratamiento con obvias implicaciones, por el concepto de tratamiento y por el destino de la integración social.

TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DROGAS.

“Tratamiento de la farmacodependencia mediante prescripción de una droga sustituta de la que existe dependencia cruzada y tolerancia cruzada. A menudo se utiliza esa expresión con referencia a una forma menos peligrosa de la misma droga utilizada en el tratamiento. Los objetivos de la sustitución de drogas son eliminar o reducir el uso de una sustancia en particular, especialmente si es ilícita, o reducir los daños producidos por un método especial de administración, los posibles peligros para la salud (por ejemplo, de la práctica de compartir agujas) y las consecuencias sociales. La sustitución de drogas suele ir acompañada de tratamiento psicológico y de otra índole. el (UNODC, 2003, p. Anexo IX, 15). Se observa que el aspecto novedoso e interesante de este concepto es haber mencionado con claridad la relación que hay entre el tratamiento de sustitución y la reducción del daño por un lado y por el otro considerar que el tratamiento no implica la suspensión de la vida cotidiana (dejar la escuela y el trabajo por ejemplo) sino su continuación. Esta medida favorece, por un lado, procesos de mantenimiento de las personas en su contexto de vida y, por el otro, procesos de integración más cercanos a las condiciones reales de la vida de las personas.

TRATAMIENTO EN LA COMUNIDAD.

“Tratamiento que no se administra en un entorno residencial. Los tratamientos ambulatorios (servicios de atención diurna que se prestan en un hospital) con frecuencia están comprendidos en esa clase de tratamientos. Ejemplos de tratamientos en la comunidad son los programas de sustitución de opioides, los programas de asesoramiento y los servicios de pos tratamiento (op.cit. IX, 15)”. Del punto de vista de las políticas de drogas, este planteamiento es muy significativo. En efecto, considera a la comunidad como un contexto y no como si fuera un actor. Si hablamos de políticas de integración, tal vez este abordaje tenga que vivir algunas transformaciones. Un buen inicio puede ser transitar del “tratamiento en la comunidad” al “tratamiento comunitario”.

TRATAMIENTO ESTRUCTURADO.

“Programa de atención terapéutica con varios componentes organizados en forma lógica o progresiva, basados en una evaluación inicial del paciente y en un plan de tratamiento personalizado. Los componentes pueden abarcar atención residencial breve o prolongada y atención en la comunidad o ambulatoria y la aplicación de intervenciones medicas y psicosociales o postratamiento. Naturalmente, existen variaciones en la intensidad y la duración de los componentes y en sus metas y objetivos” (op. cit. pag. IX 15). Esta “modalidad” de tratamiento parece referirse a la “estructuración” (mejor sería decir “formalización”) del dispositivo de tratamiento visto desde una perspectiva de los servicios de salud pública en la cual una “forma lógica” es necesaria. Esta forma lógica responde por un lado al marco de hipótesis explicativas del consumo de drogas y por el otro a las necesidades organizativas de los servicios. En la realidad sería necesario tener una idea más clara y precisa de la congruencia que existe entre diagnóstico y plan de tratamiento, entre el plan de tratamiento construido y el plan de tratamiento llevado a cabo y entre la adherencia al plan de tratamiento y el resultado obtenido, admitiendo que exista un solo plan de tratamiento, que este se realice todo de una vez sin interrupciones etc. Habitualmente estas estructuras conceptuales y operativas son llamadas “protocolos” ver por ejemplo los conocidos protocolos de SAMHSA (SAMHSA, Brief

Counseling for Marijuana Dependence. A Manual for Treating Adults, 2005) (SAMHSA, El Tratamiento de Abuso de Sustancias y la Terapia Familiar, 2004) (SAMSHA, 2005) o el diagrama de flujo llamado “modelo lógico de un programa de rehabilitación residencial” ilustrado en el Manual de UNODC (UNODC, 2003, p.VII.9) Pueden existir también otras formas de abordajes y dispositivos, como por ejemplos los dispositivos comunitarios (estos también pueden tener niveles diferentes de estructuración y formas “lógicas”). Estos “protocolos” constituyen mapas mentales muy útiles y necesarias para todos aquellos que trabajan en este contextos y por esto se diferencian significativamente de lo que es la vida real de las personas en su experiencia cotidiana. Una de las consecuencias (vista del punto de la óptica de la integración social) es que pueden constituir simbólicamente procesos de marginación y exclusión. En este sentido si por un lado constituyen una ayuda real por el otro hacen más difícil lograr el objetivo último de todo programa de tratamiento: la integración social. La vida real es notoriamente menos lineal y lógica de un protocolo de tratamiento.

TRATAMIENTO OBLIGATORIO.

Saber que el tratamiento obligatorio tiene resultados positivos puede inducir a pensar que hacerlo obligatorio para todos consumidores problemáticos de drogas mejore sus condiciones de vida y sea un abordaje eficaz al tema de la reducción de la demanda. En esto parecen inspirarse algunas políticas de penalización del consumo, que se añade a la otra expectativa: que el temor de ser castigado por la justicia penal constituya un freno al consumo. En qué consiste?

“A veces llamado también tratamiento coercitivo, es un tratamiento organizado por el sistema de justicia penal. Por lo general, un tribunal (u otro órgano de justicia penal) ordena a una persona que se someta a un programa terapéutico (a veces como alternativa a una sentencia de penitenciaria). El tratamiento es obligatorio en el sentido de que si la persona no inicia el programa o no cumple sus normas y reglamentaciones puede sufrir la pena que normalmente se le impondría”(UNODC. *ibid*). Se entiende que el tratamiento obligatorio sería una modalidad de tratamiento a condición que todo el proceso de “justicia” desde las pesquisas policíacas, la construcción de las pruebas jurídicas, la relación con los abogados de la defensa y con todos los actores del proceso penal fueran pensados como “proceso terapéutico” y que a todos los actores de la justicia penal (incluyendo a los guardias en las cárceles etc.) fuera reconocida una competencia en entregar “servicios de tratamiento” (como prevé el concepto de tratamiento según UNODC). Si así fuera además del peligro que el sistema judicial se transforme, para los consumidores de drogas, en una institución total, es suficiente el sentido común para entender que el consumidor de drogas tiene una infinidad de maneras de rechazar el tratamiento obligatorio aun cuando se someta a esa coerción.

En la práctica sin embargo esta obligatoriedad tiene matices (como se verá en las reflexiones acerca del tema de los “Tribunales Terapéuticos”) que hacen pensar que no se trata de una forma de tratamiento “organizado por una corte de justicia” sino de un contexto jurídico específico en el cual acontece el tratamiento.

Por cierto, el tratamiento obligatorio puede realizarse como cualquier otra forma de tratamiento; no necesariamente implica la detención sino solo la obligación de seguir un programa anteriormente establecido de acuerdo con el tribunal. Del punto de vista de la integración social, en ciertas condiciones ha dado resultados prometedores (Stevens, et al., 2006), (ver también: Tribunales de Tratamiento y/o Cortes de Drogas). Los elementos de

fragilidad respecto al tratamiento obligatorio derivan del hecho que esta modalidad suele tener un nivel de formalización (protocolos) elevado y pueden por consecuencias ser valederas en este caso las observaciones hechas en el caso de los “tratamientos estructurados”.

TRATAMIENTO PSICOSOCIAL.

“Intervenciones basadas en principios y métodos psicológicos que comprenden asesoramiento y terapia individuales y en grupo con objeto de modificar conceptos y comportamientos problemáticos relacionados con sustancias” (UNODC, óp. cit. IX, 15). Aunque el concepto aquí presentado no deje entrever la riqueza técnica, metodológica y conceptual de este marco metodológico, el tratamiento psicosocial es efectivamente un método que puede ser implementado en cualquier contexto (en la comunidad, en servicios ambulatorios, semiresidenciales, residenciales, en instituciones como son las comunidades terapéuticas, los hospitales, las cárceles, las escuelas, en los servicios de bajo umbral etc.). En función de la capacitación profesional de los operadores, este abordaje tiene una alta flexibilidad y se adapta bien a umbrales y complejidades diferentes. En términos de necesidades de integración social, el tratamiento psicosocial tiene algunas fragilidades entre las cuales la necesidad de extenderse por tiempos largos (años) sobre todo en los casos que han vivido repetidos procesos de institucionalización (tratamientos reiterados), o que viven situaciones de grave marginación o presentan, además de la dependencia de sustancias, otras dificultades psicológicas. Por esta razón puede efectivamente resultar más oportuno pensar en políticas de integración que prevean modalidades de atención y acompañamiento psicosocial en lugar de pensar, como se ha hecho hasta hoy, en modalidades de atención y acompañamiento psicosocial que prevean estrategias de integración social (llamadas inserción social) (UNODC, 2003, p. VI.2, p. VI.4)). La consecuencia de esto sería, por ejemplo, un cambio de perspectiva significativo en los procesos de evaluación: los resultados positivos evaluados a partir de la integración social no se limitan en efecto a los resultados positivos considerados sobre la base de evidencias que esclarecen cuantas personas han sido o están en tratamiento, cual es la tasa de deserción, la tasa de recaídas etc.

TRATAMIENTO RESIDENCIAL.

“Programas que prestan servicios residenciales complementarios en el mismo lugar en que se prestan servicios de tratamiento. En general, se procura brindar un entorno en el que no se consuman sustancias con la expectativa de que se cumplan actividades de desintoxicación, evaluación, información y educación, asesoramiento y trabajo en grupo y se desarrollen o recuperen aptitudes sociales y para la vida activa” (UNODC, *ibid*). El tratamiento residencial no es propiamente una modalidad de tratamiento sino un contexto, como lo son el semi-residencial o el ambulatorio (el Manual de UNODC los llama “entornos”, p. VII.4). A veces, el contexto residencial de los pacientes permite la implementación de actividades y estrategias que no serían posibles en contextos semi-residenciales, ambulatorios o en la comunidad. Este razonamiento es válido para todos los contextos; en efecto los contextos físicos en los cuales se desarrollan los tratamientos son parte del dispositivo mismo del tratamiento (sobre todo por lo que concierne los abordajes psicosociales).

Si se observa este “entorno residencial” con sus consecuencias en el método de trabajo, del punto de vista de las necesidades de “integración social”, se puede pensar que este abordaje

por ser altamente “protector” (ver los criterios de selección de un programa de tratamiento residencial (UNODC, 2003, p. VI.10) que implican una radical separación del contexto de la vida cotidiana, presente en la “fase” de integración social (llamada reinserción) algunas dificultades significativas.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Entorno estructurado en el que las personas con problemas relacionados con drogas residen durante la etapa de rehabilitación. Esas comunidades suelen atender concretamente a personas farmacodependientes, funcionan bajo normas estrictas, son dirigidas principalmente por personas que se han recuperado de la dependencia y con frecuencia se encuentran en lugares aislados. Las comunidades terapéuticas también atienden a pacientes con trastornos psicóticos y personalidad antisocial. Se caracterizan por promover el “enfrentamiento con la realidad” (la confrontación de la persona con su problema de drogas) y, paralelamente, por la prestación de apoyo a la recuperación por parte del personal propiamente dicho y de personas que se han enfrentado a problemas análogos. Suelen estar relacionadas estrechamente con grupos de ayuda mutua, como Narcóticos Anónimos (Anexo IX.5). Este concepto de Comunidad Terapéutica es un útil punto de partida para observar como éste representa una modalidad de la comunidad terapéutica, más que un modelo. En realidad, existen comunidades terapéuticas residenciales, semiresidenciales, solo de día, solo de noche, con acogida en los fines de semana, con servicios de outreach y trabajo en la comunidad, con fases de reintegración social durante el tratamiento que implican presencia en escuelas, universidades, centros de entrenamiento o lugares de trabajo. Obviamente no se encuentran todas en lugares aislados, no se relacionan con Narcóticos Anónimos, no utilizan el “enfrentamiento de la realidad”, ni tampoco los métodos de la “confrontación”, tampoco cuentan con personal en su mayoría egresado de programas de rehabilitación sino con personal profesional capacitado adecuadamente sin que ser un egresado del programa sea un requisito. En este caso, también el nivel de formalización y de estructuración, la rigidez de las reglas y su aplicación severa por un lado son un útil instrumento para crear orden y uniformidad (“disciplina” sería la palabra adecuada; sin embargo, en este caso no se aplica adecuadamente). Por el otro, esta presión a la conformidad y el aislamiento (cuando es exigido) de la vida cotidiana de las comunidades reales, constituyen un alto factor de riesgo en el momento de la conclusión del programa.

Las comunidades terapéuticas se han profundamente transformado en el transcurso del tiempo y en parte esta transformación se ha dado por el hecho que se ha observado como uno de los momentos más delicado del “tratamiento” fuera la fase de la “reinserción social” que solitamente era considerada la fase conclusiva del tratamiento (post-tratamiento). Era en esta fase que se daban altos números de reincidencias e interrupciones de programas. A partir de estas experiencias la “inserción” social ha sido inscrita en el marco de los programas de comunidad terapéutica como estrategia de fondo: ver por ejemplo la decisión de no hacer en el interior de la comunidad terapéutica procesos de alfabetización o escolarización o entrenamiento en profesiones y oficios productivos, sino “insertar” a las personas directamente en organizaciones e instituciones que los realizan habitualmente con todo tipo de personas.

CORTES DE DROGAS/TRIBUNALES DE DROGAS.

“La coerción directa puede ejercerse disponiendo el tratamiento por ley, si bien en muchos ordenamientos se exige el consentimiento por escrito del interesado, hecho con conocimiento de causa. Ese consentimiento constituye un acto importante por el que la persona asume su responsabilidad, lo que puede aprovecharse durante el programa e invocarse a fin de salvar obstáculos que pudieran surgir posteriormente y retrasar el avance del tratamiento (UNODC 2003, 1.20)”. Este fragmento hubiera podido utilizarse en el marco de la sección dedicada al tratamiento obligatorio, sin embargo encuentra su lugar también en esta sección debido a dos hechos: el primero es el tema del “consentimiento informado” y el segundo es el lenguaje que se utiliza refiriéndose a estas modalidades de tratamiento: cortes de drogas, tribunales de drogas, justicia terapéutica, tribunales de tratamiento de drogas. Se trata de un lenguaje en el cual a veces la droga es adjetivos, a veces sustantivo y el término tratamiento parece referirse más a la participación de un actor específico (el tribunal) en un proceso más amplio (el tratamiento) que una modalidad en sí de tratamiento. Este parece ser también el espíritu del Manual UNODC 2003 cuando dice: “Los vínculos con organismos de enseñanza, empleo y bienestar social, así como con el sistema de justicia penal, son factores importantes de todo sistema de tratamiento integral (UNODC, op. cit. p. VI.2). El otro elemento se refiere al “consenso informado” y al valor que este tiene en un marco de “coerción”. Si se adopta una óptica de derechos humanos se puede en efecto pensar que el consenso informado no pueda constituir una modalidad a través de la cual se “justifica” el tratamiento coercitivo, siendo que no se han definido las condiciones de “autonomía” y conocimiento suficientes en el marco de las cuales la persona suscribe ese consenso informado. Por condiciones de autonomía se entiende aquí el contexto de presiones y condicionamientos en los cuales se encuentra la persona en el momento en el cual da su consentimiento. Por condiciones de conocimiento se entiende que la persona puede dar su consentimiento a un plan de tratamiento descrito en un documento sin que exista una garantía clara sobre el desarrollo de ese plan. Se sabe en efecto que la diferencia entre lo planeado y lo ejecutado realmente es con frecuencia sorprendente.

Otra óptica es aquella de la política llamada “cortes de drogas” en los Estados Unidos, y ofrece en su desarrollo otros instrumentos de comprensión. “Con el objeto de disminuir la delincuencia asociada a las drogas, a fines de la década de los ochenta surgieron en Estados Unidos los Tribunales de Tratamiento de Drogas (en adelante TTD). El primero nació en Miami en 1989 y hoy, sus réplicas y adaptaciones, superan las 2.000 en Estados Unidos. Se han instalado, además, en varios otros países como Canadá, Australia, Brasil, Noruega y Chile. Los TTD funcionan como *programas dentro de tribunales*⁸ y su principal característica es que el usuario es *derivado* a rehabilitación bajo la *supervisión* directa e inmediata del tribunal. Para ello existe un efectivo *sistema de coordinación* entre los servicios prestadores de tratamiento, las redes comunitarias y el sistema de justicia. La función del modelo es facilitar el proceso de rehabilitación, utilizando *mecanismos de sanciones e incentivos*, con la finalidad de fomentar la adherencia y el cambio, potenciando el sentido de autoeficacia (Droppelman Roepke, 2010, p. 24)”.

De este fragmento se pueden delinear diferentes lecturas sobre “políticas”. Una es que los programas se lleven “dentro los tribunales” en el sentido que los tribunales son físicamente el lugar en el cual se implementan los programas de tratamiento. Otra lectura es que este tipo de

⁸ Las *latinas* son de los autores de la guía.

Integración social y drogas.

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas - OEA-CICAD
ENCUENTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012.

programa sea parte de las políticas y planes de los tribunales que “derivan a las personas” hacia estructuras y servicios de tratamiento. Qué el tribunal ejerza la supervisión del tratamiento esto puede significar que tiene competencias terapéuticas para evaluar estos procesos, o que utiliza otros recursos externos para ese fin, o que sencillamente controla que los proveedores de los servicios de tratamiento estén implementando las acciones previstas en el protocolo de acuerdo y que el “consumidor de drogas” se esté sometiendo a este. Estas diferentes interpretaciones ilustran como de una práctica que efectivamente tiene una única denominación se puedan derivar políticas muy diferenciadas en las cuales del título “Tribunales Terapéuticos” puede quedar solo el termino de “Tribunales”.

SENDA (Chile) lo describe de la manera siguiente: “El Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas para infractores bajo supervisión judicial consiste en entregar tratamiento y rehabilitación supervisado judicialmente a consumidores problemáticos de drogas que han cometido delito por primera vez, con la herramienta legal denominada suspensión condicional del procedimiento. El programa funciona como alternativa e inserto en los Juzgados de Garantía. Para hacer efectivo el acceso a tratamiento, es necesaria la coordinación del sistema jurídico sanitario, compuesto por centros de tratamiento y equipos especializados; el equipo jurídico (juez, fiscal, defensor); y el equipo prestador de tratamiento (médico psiquiatra, dupla psicossocial). La iniciativa se ejecuta a través de un convenio de colaboración técnica y financiera entre SENDA y el Ministerio Público”⁹. Se trata aquí de una estrategia que en algunos países de Europa tiene alrededor de 30 años y ha dado en algunos casos resultados prometedores. Obviamente no se trata de tribunales de drogas sino de la facultad que es dada a todos los jueces de dictaminar un tratamiento terapéutico en alternativa al encarcelamiento. Esto sucede exclusivamente en algunos casos en los cuales se constata que algunos condenados (condena definitiva) por “algunos” delitos (asociados o no con el consumo de drogas) son también consumidores problemáticos de drogas. Este tratamiento será llevado a cabo en servicios y estructuras acreditadas para este fin.

Una perspectiva con algunas diferencias es la siguiente, procedente de la Corte Superior de California y que se refiere a la experiencia llamada “cortes de drogas”. “El Tribunal de Drogadicción es un tribunal especial cuyo mandato es el de ocuparse de los casos que involucran a personas acusadas del uso abusivo de sustancias de uso controlado. La realización de este mandato toma diferentes formas: supervisión comprensiva, pruebas de comprobación del uso de drogas, servicios de tratamiento, y sanciones inmediatas o incentivas. El Tribunal de Drogadicción ofrece a aquellos individuos que enfrentan cargos delictivos por el uso y la posesión de drogas, la oportunidad de participar en un programa de recuperación del uso abusivo de sustancias controladas, en lugar del encarcelamiento. Las exigencias impuestas por el Tribunal de Drogadicción son estrictas, ya que el camino a la recuperación no es fácil. Todo individuo que participa al programa de recuperación es sometido a pruebas para determinar el abuso de narcóticos. Además, debe asistir a reuniones de sensibilización sobre el uso abusivo de sustancias controladas y debe comparecer regularmente ante los miembros del Tribunal. Los programas del Tribunal de Drogadicción, llevan consigo el peso total de todos los intervinientes en el caso (jueces, fiscales, abogados de la defensa, especialistas en el tratamiento del uso abusivo de sustancias controladas, funcionarios de la junta de libertad bajo palabra, funcionarios

⁹ <http://www.senda.gob.cl/tratamiento/programas/adultos/adultos/>

Integración social y drogas.

Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas - OEA-CICAD
ENCUENTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012.

responsables de la aplicación de la ley, correccionales, expertos en educación general o vocacional, líderes de la comunidad y otros”¹⁰.

En este fragmento se esclarecen cuales son lo “casos” en los cuales los jueces pueden dictaminar un tratamiento obligatorio que será sucesivamente implementado por los actores acreditados para este fin, con la supervisión “directa” de funcionarios de los tribunales. El hecho que las “exigencias” del Tribunal sean estrictas, hace de esta modalidad un proceso “altamente formalizado” (burocratizado también), lo cual puede ser un elemento de criticidad del punto de vista de la integración social.

La experiencia llevada a cabo hasta hoy sugiere que el hecho que deba de existir una conexión e interrelación fuerte entre los tribunales y las estructuras y servicios de tratamiento de las adicciones es una obviedad, esto se impone por un lado por la alta tasa de farmacodependientes o consumidores de drogas en las cárcel por delitos relacionados con drogas (Goldstein, 1985) pero también por delitos que no tienen ninguna relación con drogas; y por el otro lado las experiencias y las evidencias producidas por los países que han implementado este tipo de “alianza de trabajo”. Sin embargo esto no significa que se pueda adoptar automáticamente al tema de drogas, por ejemplo, un marco de referencia de “justicia terapéutica” (Wexler, 2010) siendo que un alto número de estos delitos (como el consumo por ejemplo) son mas el resultado de determinadas políticas de drogas fundamentadas en un desconocimiento de la realidad de este fenómeno que en las evidencias.

Del punto de vista de las políticas de integración social se reconoce el valor de este abordaje cuando favorece la sustitución de una experiencia de encarcelamiento con una experiencia de rehabilitación¹¹ o de tratamiento alternativo: se trata de una oportunidad al mismo tiempo de evitar la experiencia de encarcelamiento y de vivir un proceso de cambio de vida más apto para la integración en la sociedad.

TRATAMIENTO COMUNITARIO

Si se considera el nivel del hemisferio latinoamericano se puede considerar que es con la declaración de Caracas (Gonzalez-Uzcatogui & Levav, 1991) que se inician a sentar las bases para una transformación profunda del sistema de atención implicando fuertemente el aspecto “comunitario”. Esto no significa que ese haya sido el momento de inicio de la transformación. Es más realista pensar que ese es el momento en el cual se reconoce una corriente subterránea de prácticas que empujan para ser reconocidas y ser incluidas entre las respuestas a las necesidades de salud mental. Entre estas prácticas (incluyendo a los conceptos y marcos explicativos que las caracterizan) se encuentran obviamente aquellas que se ha inspirado en las propuestas de Paulo Freire, de Fals Borda para citar algunos y en las contribuciones de la psiquiatría social y comunitaria y de la sicología comunitaria en los últimos 40 años (Leon, 1973), (Silva R., Alves Sobreira de C., & Morais X., 2011) en todos los países de América Latina.

¹⁰ http://www.alameda.courts.ca.gov/dcs/spanish_site/whatis_sp.html

¹¹ Se da por entendido que si un farmacodependiente se encuentra en la cárcel tiene derecho a una tratamiento de sustitución, como por ejemplo un diabético tiene derecho a una tratamiento con insulina y un cardiaco a un tratamiento por su enfermedad al corazón. Se da por entendido que no se necesita de una autorización particular por parte del juez para que se pueda implementar este tipo de tratamiento que es parte integrante de la práctica médica.

Integración social y drogas.

Este largo proceso ha seguido inicialmente un camino de arriba hacia abajo que se podría resumir con el concepto de “desinstitucionalización” (Amarante, 1992) ligado esencialmente a la necesidad de proponer otras formas en atención a problemas de salud mental que no fueran el “encierro”. Sin embargo ha nacido también, gracias en particular al fenómeno drogas, otra perspectiva (que llamaríamos de abajo hacia arriba) basada en la evidencia de que no hay (ni tampoco es oportuno que existan) posibilidad de dar atención institucionalizada a todos los farmacodependientes o consumidores problemáticos de drogas. En este caso, no se trata entonces de institucionalizar, lo cual es imposible (organizativa y económicamente), sino de crear dispositivos para que estas personas, grupos, comunidades encuentren una respuesta a sus necesidades (y no exclusivamente a la gestión de la relación con las sustancias). El tratamiento comunitario ha buscado y busca dar una contribución en construir este tipo de dispositivo basándose en el principio de “integración”, es decir, en la necesidad de tomar en cuenta el más alto número y calidad de respuestas ya existentes para poderse interconectar, interrelacionar.... integrar con ellas.

El tratamiento comunitario es un abordaje que no busca ser alternativo, sino que trata de integrarse con e integrar perspectivas diferentes. Entre estas, además de aquellas que ya son clásicas en las intervenciones comunitarias, las más significativas son:

(i) un concepto de comunidad entendida como “sistema de redes que construyen y animan un territorio” y entonces....

(ii) La perspectiva de redes (redes sociales, redes institucionales, redes de servicios, redes formales, redes no formales), que permite no solamente identificar y articular los actores comunitarios, sino entender cómo ellos están ya articulados y cómo se organizan para hacer frente y buscar soluciones a sus necesidades, reconociendo la eficacia y la dignidad de estas prácticas, contribuyendo en mejorarlas e integrarlas con otras cuando necesario.

(iii) La perspectiva de representaciones sociales que permite enfocar los procesos de cambio, no solamente en los comportamientos sino en los procesos mentales y simbólicos que los explican, que los justifican y que los promueven en los contextos sociales.

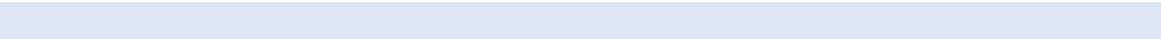
(iv) La perspectiva de la complejidad que implica la participación organizada de actores diferentes en niveles diferentes.

(v) La perspectiva de umbrales: que implica construir modalidades y procesos de “atención”, con umbrales diferentes, de manera tal que el acceso a la relación con actores de servicios sea pensado en términos de las necesidades de las personas y de las comunidades y no exclusivamente desde el punto de vista de la funcionalidad o de los protocolos de los servicios.

(vi) La perspectiva de la integración social pensada como contexto en el interior del cual se ubican la prevención, la reducción del daño, la rehabilitación/educación, el tratamiento médico y sico-social, la inserción en la vida productiva de la comunidad de pertenencia.

(vii) La perspectiva de terapia de redes que se enfoca en la atención a las relaciones entre actores y sistemas, y no solamente en las características específicas de actores (en general farmacodependientes) y sistemas (en general sistemas que favorecen el consumo como el narcomenudeo por ejemplo).

Modalidades de tratamiento comunitario que se inspiran a estos principios están presentes en diversos países de América Latina, en algunos de estos son incluidos entre las propuestas de política pública.



2.5. PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO Y DE LA REHABILITACIÓN DE LA CICAD Y SU IMPACTO EN LAS POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL.

En el ámbito del consumo de drogas, la OEA-CICAD ha elaborado un documento que puede constituir, de hecho, una referencia común útil también para el establecimiento de políticas de integración social. El grupo de expertos de la CICAD en reducción de la demanda de drogas ha identificado algunos “ **Principios básicos del tratamiento y rehabilitación del abuso y dependencia de drogas en el hemisferio**”. En el marco de dichos principios, aunque el tema de la integración social no sea mencionado claramente en estos términos, se han puesto elementos que lo favorecen e implican.

El documento hace una distinción útil entre abuso y dependencia de drogas, aunque sucesivamente esta diferenciación no encuentre criterios específicos en un caso y en el otro. Haber indicado en los dos primeros criterios al marco de derechos humanos, de la participación activa de los usuarios y la no discriminación permite percibir que, aunque el concepto de tratamiento se inscriba estrechamente en el marco de la salud pública, no solamente no excluye, mas implica otros marcos no estrictamente sanitarios.

En el fragmento sucesivo, aunque se hable de “protocolos específicos” que refuerzan el rigor de la formalización sus alcances y limitaciones mencionados más arriba (ver las secciones sobre tratamientos estructurados, tratamiento bajo coerción y tribunales de tratamiento de drogas), menciona también algunos elementos de segura importancia para la integración social. Entre estos:

(i) la continuidad de los procesos de atención (continuum de atención),

(ii) la coordinación con otros sectores relevantes del área social, tales como los de vivienda, desarrollo social, capacitación para el trabajo, educación y apoyo a la familia,

Principios Básicos del tratamiento y rehabilitación del abuso y dependencia de drogas en el hemisferio (CICAD-OEA)

La dependencia de drogas es una enfermedad crónica y recurrente con múltiples determinantes, tanto biológicos y psicológicos como sociales, que debe ser abordada y tratada como un asunto de salud pública, al igual que otras enfermedades crónicas.

Los siguientes Principios Básicos derivados de la investigación científica, deberán regir las políticas y prácticas en la oferta de servicios de tratamiento de la dependencia de drogas:

Acceso, no discriminación y respeto a los derechos humanos

1. Los programas de prevención del consumo y de tratamiento para abuso y dependencia de drogas y alcohol, deberán salvaguardar el respeto a los derechos humanos de las personas que participan en ellos. Los programas de tratamiento se ofertarán en un entorno lo menos restrictivo posible que garantice la seguridad del usuario de los servicios y del personal de tratamiento. El plan de tratamiento debe involucrar activamente a los usuarios de los servicios en la elaboración del mismo, de manera conjunta con el equipo terapéutico, sobre la base de un consentimiento informado.

2. Los servicios de tratamiento deben ser cercanos y accesibles a la población que los necesite, sin discriminación por motivos de edad, género, raza, religión, condición social o económica, o afiliación política. (OEA-CICAD, 2009).

(iii) el hecho de enfocar el tratamiento a partir de las necesidades de las personas (y también de las familias, grupos, comunidades

El tratamiento de la dependencia de drogas debe regirse por protocolos específicos basados en la evidencia científica disponible

3. Los protocolos de tratamiento deben ofrecer intervenciones terapéuticas derivadas de la evidencia científica disponible o, en ausencia de evidencia convincente, del consenso de los expertos en tratamiento. Estos protocolos deben definir la duración del tratamiento, y recomendar las opciones terapéuticas más adecuadas para cada persona, así como las competencias requeridas por los distintos profesionales que conforman el equipo de tratamiento.

4. Los servicios de atención deben organizarse como un sistema de tratamiento basado en una política pública, dentro de un marco estratégico que oriente las diferentes intervenciones y servicios terapéuticas, que deben articularse en un contínuum de atención para garantizar su continuidad, procurando su incorporación al sistema de salud en coordinación con otros sectores relevantes del área social, tales como los de vivienda, desarrollo social, capacitación para el trabajo, educación y apoyo a la familia.

5. La oferta de tratamiento debe ser diversificada para ajustarla, en lo posible, al perfil de los pacientes, basada en la determinación previa de sus necesidades de atención. Estos servicios deben incluir estrategias de tamizaje, detección temprana de problemas, diagnóstico clínico, motivación al tratamiento, intervención breve, atención psicológica y médica y seguimiento clínico de los casos, así como prevención de recaídas y reinserción social.

6. El tratamiento debe ser concebido como un proceso a largo plazo, en el que puede requerirse la participación de actores de diversas disciplinas y en el que pueden ser necesarios múltiples episodios de tratamiento de distinta índole, en diferentes combinaciones y con distintas temporalidades, para conseguir el éxito terapéutico.

7. En la definición de las intervenciones terapéuticas que se ofrecen a la población, se debe dar consideración fundamental a lo siguiente: diferentes modelos de psicoterapias derivados de la evidencia científica disponible o, en ausencia de evidencia convincente, del consenso de los expertos en tratamiento; la utilización de tratamiento farmacológico cuando el cuadro clínico así lo requiera y, si fuese necesario, una combinación de psicoterapias y de medicamentos, entre otras intervenciones de probada eficacia.

8. Los servicios de tratamiento deben integrar modelos de atención para personas con problemas de abuso o dependencia de drogas que presentan comorbilidad con otros problemas de salud mental o física.

9. Las herramientas más importantes para la detección oportuna de sujetos con alto riesgo de desarrollar una dependencia incluyen el tamizaje y la entrevista estructurada. En aquellos casos que requieren un seguimiento, las intervenciones o tratamientos breves pueden modificar favorablemente la trayectoria del consumo y sus consecuencias.

10. Los programas de tratamiento deben incluir estrategias de reincorporación social que permitan la vinculación efectiva y productiva del individuo con su comunidad.(OEA-CICAD, 2009)

(vi) el hecho de mencionar la posibilidad de “múltiples episodios de tratamiento de diversas índoles”, concepto que transforma el concepto mismo de “tratamiento” abriendo la posibilidad de una “integración de perspectivas”. Se puede a este punto pensar que sea esta integración de perspectivas la estrategia que garantiza la integración social, como si existiera un isomorfismo entre la capacidad de integrar las perspectivas conceptuales y metodológicas y la eficacia de las políticas de integración.

(vii) La “reincorporación social” que permita la vinculación efectiva y productiva del individuo con su comunidad”. El concepto de reincorporación evoca el concepto de “integración” en la medida en el cual este se refiere a una integridad a la cual hay que integrar... El concepto de

reincorporación es un poco más radical, en el sentido que exige que el farmacodependiente durante su farmacodependencia viva en otro cuerpo... obviamente no es así.

Este concepto de integración es traducido en el documento que se analiza en la sección “organización de los servicios de tratamiento”. Admitido que el tratamiento es la resultante dinámica y compleja de “múltiples episodios de tratamiento de índole distinta”, exige una alta integración entre los actores de tales “episodios”, hasta el punto que los procesos de integración (interconexión, interrelación, interdependencia, coordinación etc.) son tan importantes como los “episodios” de tratamiento y los contextos en los cuales estos acontecen.

El documento de OEA-CICAD dice que son los “servicios” los que tienen que integrarse y tienen que hacerlo en el interior de “contextos operativos” muy definidos (clínicas y establecimientos del sistema de salud). Esto significa que las clínicas y establecimientos del sistema de salud estén preparados para animar e implementar esos procesos de interconexión, interrelación, interdependencia, coordinación (articulando dinámicas de arriba hacia abajo), con dinámicas de abajo hacia arriba que garanticen a todos los actores que participan en los “múltiples episodios de tratamiento” igual dignidad (económica, profesional, relacional etc.).



BIBLIOGRAFÍA – CAPÍTULO 2

1. Acevedo, B., Bewley-Taylor, D., & Youngers, C. (2008). *Ten Years of Plan Colombia: an analytiuc Assessment*. Washington DC: The Beckley Foundation Drug Policy Programme. Briefing Paper Sixteen.
2. Alonso-Castillo, M. M., López-García, K. S., Esparza-Almanza, S. E., Martínez-Maldonado, R., & ak., e. (2009). Violencia contra la mujer y su relacion con el consumo de drogas en el area metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11, 81-95.
3. Amarante, P. (1992). A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In M. (. Kalil, *Saúde Mental e Cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde* (p. 103-119). Sao Paulo, Salvador.
4. Arrieta, N. (2011). *Programa "Tribunales de Tratamiento de Drogas" en Chile*. OEA-CICAD.
5. Bailey, J. (2001). *Prepared statement for the House Committee on Homeland Security, Subcommittee on Oversight, Investigations, and Management*. Washington DC: Georgetown University Departement of Government and School of Foreing Services.
6. BCCDC. (2011). *Harm Reduction Training Manual*. Vancouver: British Columbia Centre for Disease Control.
7. Berg, C. (2002). *Alternative developments in Drug Control. The 'alternative development' concept - potentials, success and limits*. Retrieved 2012 from www.gtz.de/de/dokumente/en-berg-02.pdf .
8. Bernal C., H. (2003). *Modalidades de Trafico de drogas llicitas*. Retrieved 2012 from http://www.asiquim.cl/web/documentos/Presentaciones_CONACE_CICAD/Presentaciones_HBernal_e_IsaacUrrutia/Trafico_de_drogas.pdf.
9. Brea de Cabral, M. (2010). Factores de riesgo y violencia juvenil en Republica Dominicana. *Revista de Psicología Científica*, 12 (30).
10. Cabiese, H. (2006). *Cultivos con fines ilicitos: otro desarrollo alternativo posible*. Retrieved 2012 from www.cepes.org.pe/cendoc/eventos/Libro-Foro.../11-%20cabieses-peru.pdf .
11. Cabiese, H. (2012). *The 'miracle of San Martin' and symptoms of 'alternative development' in Peru*. Retrieved 2012 from <http://www.TNI.org>.
12. CEPAL. (2007). *Cohesión Social. Inclusion y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago del Chile: CEPAL.
13. CEPAL. (2008). Violencia Juvenil y Familiar en América Latina: agenda social y enfoques desde la inclusión. *Panorama Social de América Latina*, 171-207.
14. CICAD. (2010). *Estrategia Hemisférica sobre Drogas*. Washington DC: Organización de los Estados Americanos.

15. Colombo, G. Y., Veneranda, L., Iglesias, M. G., & Viglizzo, M. (2006). Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio de maternidad. *Revista Argentina de Sociología*, 4 (7), 73-98.
16. Committee on Foreign Relations, U. S. (2005). *Plan Colombia Elements for Success*. Washington DC: United States Senate.
17. CONADIC. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Ciudad de México: CONADIC, INP.
18. Coomber, R., & Turnbull, P. (2007). Arenas of drug transactions: adolescents cannabis transactions in England-Social supply. *Journal of Drug Issues*.
19. Del Olmo, R. (1999). Violencia Juvenil y Consumo de Drogas: Modelos Teóricos (Algunas inquietudes preliminares). *Congreso Virtual "Violencia Juvenil y Consumo de Drogas"*. Congreso virtual.
20. Derks, M., Row, H., & Briscoe, I. (2011). *A Community Dilemma: DDR and the Changing Face of Violence in Colombia*. Retrieved 2012 from http://www.nbiz.nl/publications/2011/20110700_briscoe_derks_colombia.pdf.
21. Dietz, E., Lessmann, R., Kotowski-Ziss, J., & Berg, C. (2001). *Drugs and Development Programme (ADE)*. GTZ. Retrieved 2012 from www.GTZ.de.
22. DNE. (2003). *Observatorio de Drogas de Colombia. Acciones y Resultados 2003*. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes.
23. Droppelman Roepke, C. (2010). *Tribunales de tratamiento de drogas en Chile*. Santiago del Chile: Paz Ciudadana.
24. EMCDDA. (2010). *Harm Reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisboa: EMCDDA.
25. EMCDDA. (2010a). *La Cocaína. Una perspectiva de la Unión Europea en el contexto mundial*. Lisboa: EMCDDA.
26. Estada, J. P., Griffin, K. W., Botvin, G. J., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo* (84), 9-17.
27. Forselledo, A. G. (2006). *Una aproximación al perfil de las pandillas violentas*. Washington DC: Universidad de Estudios Superiores a Distancia.
28. García Muños-Najar, L. A. (2007). *Herramientas para el Desarrollo Alternativo*. OEA-CICAD.
29. Giunta Regionale del Veneto, V. (2004). *Protocollo operativo pazienti con doppia diagnosi psichiatrica*. Venezia: Regione del Veneto.
30. GIZ. (2001). *Reformulando el enfoque de desarrollo alternativo. Principios y estándares de desarrollo rural en un entorno de drogas*. GIZ.
31. Goldstein, P. J. (1985). Drug/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 39, 143-174.

32. Gonzalez-Uzcategui, R., & Levav, I. e. (1991). *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
33. GTZ. (2005). *Control de Drogas Orientado hacia el Desarrollo. Políticas, estrategias, experiencias y enfoques de solución intersectoriales*. Retrieved 2012 from www.GTZ.de.
34. GTZ. (n.d.). *Drogas y conflicto en el contexto de la cooperación internacional*. Retrieved 2012 from www.giz.de.
35. GTZ. (n.d.). *Drogas y pobreza en el contexto del desarrollo internacional*. Retrieved 2012 from www.giz.de.
36. GTZ. (2006). *Lessons Learned from Alternative Development in Latin America*. Retrieved 2012 from www.gtz.de.
37. GTZ. (2006). *Lessons Learned from Alternative Development in South-East Asia*. Retrieved 2012 from www.GTZ.de.
38. Guerra Fuenzalida, M. (2008). *Tribunales de Tratamiento de Drogas*. OEA-CICAD.
39. Haider, H. (2012). *Helpdesk research report: Alternative Livelihoods*. Washington DC: Governance and Social Development.
40. Harper, G.-W., Davidson, J., & Hosek, S. (2008). Influence of Gang Membership on negative affect, substance use, and antisocial behaviour among Homeless African American male youth. *American Journal Mens Health* , 2 (3), 229-243.
41. Hurtado, F., & López, A. (2005). La Estrategia Andina de Desarrollo Alternativo. *Debate Agrario* (39).
42. IDPC. (2012). *Drug Policy Guide*. International Drug Policy Consortium.
43. Jackson, P., Wolff, S., Haider, H., & Bakrania, S. (2010). *Reintegration best practices and guidance*. Retrieved 2012 from <http://www.gsdr.org/docs/open/HD660.pdf>.
44. Jiménez, A. (2003). *Retacitos de vida*. Barranquilla: Don Bosco.
45. Junta Internacional de Fiscalización, d. E. (2012). *Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe 2011*. Nueva York: UN.
46. Leon, C. A. (1973). Psiquiatría Social y Comunitaria. *Revista de Neuropsiquiatría* .
47. Mack, J. (2008). *Reunión del Grupo de Expertos en Desarrollo Alternativo, Integral y Sostenible*. OEA-CICAD.
48. Mansfield, D. (2006). *Development in a drug environments: a strategic approach to 'Alternative Development?* Retrieved 2012 from www.gtz.de/drogen.
49. Márkes, I., Romera, C., Merino, C., Arana, X., & al., e. (2002). Violencia doméstica, consumo de sustancias y otras circunstancias concurrentes. ¿El derecho versus el derecho a la salud? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* , XXII (83), 125-133.
50. Martin, J. (2007). *Medios de comunicación y consumo de drogas de menores*. Retrieved 2012 from

- http://www.unad.org/upload/43/38/Medios_de_comunicacion_y_consumo_de_drogas.pdf.
51. Martínez Verdu, R. (2007). Drogas, adolescentes y medios de comunicación. *Comunicación y Juventude*.
 52. Mejía O., W., Fernández G., A., Vergara L., G., Gartner T., G., & Ciro A., M. (2002). *Las Mulas del Eje Cafetero*. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes.
 53. Melis, M., & Nougier, M. (2010). *Informe del IDPC. Políticas de drogas y desarrollo. El impacto de las políticas de drogas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. London: IDCP.
 54. Metaal, P. (2009). Drogas y Cárceles. Indulto de mulas en Ecuador, una propuesta sensata. *Serie Reforma Legislativa en Drogas* (1).
 55. Ministério da Saúde, M. (2004). *A política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral a Usuários de Alcohol e Outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
 56. MPS, e. A. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley en Colombia*. Santa Fé de Bogotá: MPS, Bienestar Familiar, Ministerio de Interior y Justicia, DNE.
 57. NIDA. (2002). *Como Prevenir el Uso de Drogas*. NIDA.
 58. NIDA. (2004). *Lecciones aprendidas de las investigaciones sobre la prevención*. Retrieved 2012 Jul from www.drugabuse.gov.
 59. NIDA. (2011). *NIDA Glossary of Terms*. Retrieved 2012 from <http://www.naabt.org/glossary.cfm#T>.
 60. Oliveros Donohue, M., & Ramirez Bustamante, R. B. (2008). *Trastorno de Conducta y Violencia en Adolescentes en Conflicto con la Ley*. Retrieved 2012 from <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2008/abr-jun/55-63.html>.
 61. OPS. (2010). *La Política de Drogas y el Bien Público*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
 62. Orte Socias, C. (1999). Conductas antisociales, conflictos escolares y consumo de drogas. *Congreso virtual "Violencia juvenil y consumo de drogas"*. Congreso virtual.
 63. Otero López, J. M. (1999). Relación droga-delinuencia en los adolescentes: una perspectiva de futuro desde una mirada al pasado. *Congreso virtual "Violencia Juvenil y Consumo de drogas"*. Congreso Virtual.
 64. Passos, E., & Souza, T. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, 23 (1), 154-162.
 65. Paugam, S. (1996). Pauvreté et exclusion. La force des contrastes nationaux. In S. Paugam, *L'exclusion. L'état des savoirs*. Paris: La Découverte.
 66. Plan Nacional Sobre Drogas, E. (2000). *Medios de comunicación y drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

67. PNUD. (2011). *Informe sobre desarrollo humano 2011. Sostenibilidad y Equidad: un mejor futuro para todos*. Nueva York: PNUD.
68. Pontificia Universidad Católica de Chile y Servicio Nacional de Menores, P.-S. (2007). *Estudio de prevalencia y factores asociados en adolescentes infractores de ley*. Santiago del Chile: PUC-SENAME.
69. Preiss, I., & Hansmann, T. (2006). *Control de Drogas Orientado hacia el Desarrollo*. Retrieved 2012 from www.GTZ.de.
70. Prieto, C. (2009). Información y consumo de drogas. La TV como factor de riesgo en niños escolares. *Comunicar* (33), 125-132.
71. Quaranta, G., & Quinti, G. (2005). *Esclusione Sociale e Povertà*. CERF.
72. Restrepo, J. A., & Aponte, D. (2009). *Guerra y violencias en Colombia. Herramientas e interpretaciones*. Santa Fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, GTZ, Colciencias, ODECOFI.
73. Ribando Seelke, C. (2009). *Mérida Initiative for Mexico and Central America: Funding and Policy Issues*. Washington DC: Congressional Research Service.
74. Ritter, A. (2006). Studying illicit drug markets. *International Journal of Drug Policy* (17), 453-463.
75. Rodríguez, E. (2007). Jóvenes y violencia en América Latina: Priorizar la prevención con enfoques integrados. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales Niñez y Juventud* , 5 (2).
76. Sáenz, M., Bejarano, J., & Fonseca, S. (2006). En condiciones de vulnerabilidad: consumo de drogas en adolescentes privados de libertad y transgresión de la ley penal. *Revista de la Asociación de Ciencias Penales de Costa Rica* (18), 79-88.
77. SAMHSA. (2005). *Brief Counseling for Marijuana Dependence. A Manual for Treating Adults*. SAMHSA.
78. SAMHSA. (2004). *El Tratamiento de Abuso de Sustancias y la Terapia Familiar*. SAMHSA.
79. SAMSHA. (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders. A treatment Improvement Protocol*. SAMHSA.
80. Sanders, B., Schneiderman, J., Loken, A., Lankenau, S., & Bloom, J. (2009). Gang youth as a vulnerable population for nursing intervention. *Public Health Nursing* , 26 (4), 346-352.
81. Silva R., D., Alves Sobreira de C., M. A., & Morais X., V. (2011). A comunidade como espaço de produção de saúde mental: contribuições de Psicologia Comunitária ao processo de desinstitucionalização. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* , 11 (3).
82. Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kersh, V., McSweeney, T., et al. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of Quasi-Compulsory Treatment. *Eur Addict Res.* , 12 (4), 197-209.
83. Subirats i Humet, J., Gomà Carmona, R., & Brugué Torruella, B. (. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Barcelona: BBVA/UAB.

84. Subirats, J., & (Dir.). (2004). Pobreza y Exclusión Social. Un análisis de la realidad española y europea. *www.estudios.lacaixa.es* .
85. Szerman Bolotner, N., Arías Horcajadas, O., & al., e. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de la patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones* , pp. 246-256.
86. TNI-WOLA. (2009). *México: ley contra el narcomenudeo*. TNI-WOLA.
87. Torres Castro, C. (2005). Violencia en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación* <http://www.rieoei.org/rie37a03.htm> (37).
88. UNICEF. (2000). *Life Skillas-based Education for Drug Use Prevention*. UNICEF.
89. UNODC. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. Viena: UNODC.
90. UNODC. (2011b). *Alternative development - Drug Control through Rural Development*. From http://www.unodc.org/pdf/publications/alt-development_rural-development.pdf.
91. UNODC. (2011c). *Amphetamine - Type Stimulants in Latin America. Preliminary Assessment report 2011*. Vienna: UNODC.
92. UNODC. (2011). *El Modelo de Desarrollo Alternativo de la Región de San Martin. Un estudio de caso de Desarrollo Económico Local*. UNODC.
93. UNODC. (2002). *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento*. Viena: UNODC.
94. UNODC. (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer*. Nueva York: UNODC.
95. UNODC. (2001). *World Drug Report 2000*. Vienna: UNODC.
96. UNODC. (2005). *World Drug Report 2004*. Vienna: UNODC.
97. UNODC. (2008). *World Drug Report 2008*. Vienna: UNODC.
98. UNODC. (2011a). *World Drug Report 2011*. Vienna: UNODC.
99. UNODC. (2012). *World Drug Report 2011*. Vienna: UNODC.
100. Uprimny, R. (2003). *Droga, Derecho y Democracia*. Retrieved 2012 from http://www.mamacoca.org/FSMT_sept_2003/es/doc/uprimny_drogas_y_democracia.htm.
101. Uprimny, R. (2002). El desfase entre los que saben y los que hacen: reflexiones sobre el marco jurídico y cultural de la política contra las drogas en Colombia. In E. Milanese, & D. (. Schreck, *Farmacodependencia y Política de Drogas. Seminario de Expertos*. (p. 180 ss). Bogotá: Kimpress.
102. Vaiz Bonifaz, R. G., & Spaní Nakano, A. M. (2004). La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Revista Latinoamericana de enfermagem* , 12, 433-438.
103. Valdez, A., Kaplan, C. D., & Cepeda, A. (2006). The Drugs-Violence Nexus Among Mexican American Gang-Members. *Journal Psychoactive Drugs* , 38 (2), 109-121.

104. Veillette, C. (2005). *Plan Colombia: A Progress Report*. Washington: CRS.
105. Veillette, C., & Navarrete-Frias, C. (2005). *Drug Crop Eradication and Alternative Development in the Andes*. Retrieved 2012 from www.loc.gov/crsinfo/.
106. Vilalta Perdomo, C. J. (2009). La geografía local del narcomenudeo: patrones, procesos y recomendaciones de política urbana. *Estudios Demográficos y Urbanos* , 1 (70), 49-77.
107. Wexler, D. B. (2010). Therapeutic Jurisprudence and its Application to Criminal Justice Research and Development. *Irish Probation Journal* , 7, 94ss.
108. Zamudio A., C. A. (2007). *Las Redes del Narcomenudeo. Cómo se reproducen el consumo y el comercio de drogas ilícitas entre jóvenes de barrios marginados*. México DF: Tesis INAH.
109. Zúñiga Flores, S. (1996). Mujer, violencia doméstica y consumo de drogas. *Ciencias Sociales* , 73-74, 101-105.