

Las dificultades de los consumidores de drogas ilícitas para ser actores sociales en México

*Carlos Alberto Zamudio Angles**

Resumen

En este trabajo se muestran algunas dificultades de los consumidores de drogas ilícitas para participar como actores sociales de las políticas públicas establecidas en México. Se inicia discutiendo la puesta en marcha de una política nacional antidroga originada en un contexto social ajeno y señalando la subordinación de las políticas sanitarias sobre drogas a las políticas de seguridad en el mismo rubro. También se presentan las dificultades de los consumidores de drogas ilícitas para reconocerse como actores sociales que pueden ser participes en la determinación de las políticas públicas. Por último, se muestra a los actores que participan de las políticas públicas sobre drogas, haciendo énfasis en la ausencia de los consumidores y en el fracaso resultante.

Palabras clave: Consumidores de drogas y drogas ilícitas.

Abstract

This paper explores some struggles of illegal drugs consumers to become social actors in the definition of public policies in México. It starts with a discussion about an anti-drug policy emerged in a foreign social context taken as Mexican national policy showing how public health policies about drugs are subordinated to security drug policies. It then continues exploring consumers' struggles to see themselves as active social actors in public policies definition. In contrast, it finally presents who are active social actors in drugs public policies definition showing drugs consumers absence and the failure of resulting policies.

Key words: *Drugs users, illegal drugs.*

* Maestría en Medicina Social, correo electrónico: zamudioangles@yahoo.com.mx

Introducción

En este ensayo discuto si los usuarios de drogas en México pueden considerarse actores sociales de las políticas públicas o no. Limitándome a las políticas sanitarias, intento explicar porqué los consumidores de drogas ilícitas difícilmente se pueden considerar actores sociales de las políticas públicas. El ensayo lo divido en tres apartados: en el primero presento algunas políticas sanitarias nacionales concernientes a las sustancias ilícitas y su consumo; en el segundo apartado muestro las características teóricas de los actores sociales, así como las dificultades que imposibilitan a los consumidores de estas drogas a participar en la planeación de las políticas públicas; en el tercer apartado muestro algunas acciones realizadas por actores sociales en lo relativo a las políticas sanitarias de las drogas.

1. Políticas Sanitarias sobre drogas ilícitas

Este apartado tiene como propósito señalar las políticas sanitarias que se han implementado en México para evitar los posibles daños a la salud provocados por las drogas consideradas ilícitas. Dos cosas quiero dejar claras en esta apartado: 1) las políticas sanitarias sobre drogas no son producto de una problemática nacional sino que provienen de una corriente originada en los Estados Unidos; 2) las políticas sanitarias sobre drogas se encuentran actualmente subordinadas a las políticas de seguridad sobre drogas.

Las drogas ilícitas tienen poco de serlo. Las primeras políticas orientadas a controlar algunas drogas se dieron en el siglo XIX con la secularización de las prácticas culturales y la organización urbana de la vida social (Nieto y Araujo, 1999). En México, a finales de ese siglo se realizan varias tesis de medicina en las que el consumo de drogas, en especial de la morfina y la heroína, es visto como una enfermedad grave que es necesaria prevenir en la población. Estos estudios, basados en la "la teoría de la degeneración de la raza", muestran una clara tendencia ideológica de lo que se perfilaba ya como una política excluyente; estos estudios fueron realizados por médicos que después formarían los organismos encargados de regir el comercio de drogas de uso médico en nuestro país y que, durante el Congreso Constituyente de Querétaro de 1917, ayudaron a la creación de un Consejo de Salubridad General argumentando que "la degeneración de la raza mexicana es un hecho demostrado también por los datos estadísticos" (Gutiérrez Ramos, 2004:48).

La corriente antidroga, que irradia los estudios realizados en México, tiene su origen en los Estados Unidos y se ha extendido a gran parte del mundo a través de convenciones internacionales en las que se difunde la perspectiva médica

hegemónica sobre los daños a la salud causados por las drogas que prohíben. Primero, comenzaron prohibiendo el comercio del opio y la morfina, continuaron con la marihuana, la cocaína, y actualmente cuentan con una enorme lista de sustancias de nombres impronunciables (Nahas, 1991). En el caso de México, el primer convenio que se firmó data de 1912, en plena guerra de revolución, en ese año Francisco I. Madero firmó la Convención de la Haya, comprometiéndose a aceptar las recomendaciones que prohibían el comercio de opioides y a colaborar en el combate del tráfico de dichas sustancias; sin embargo, estos compromisos nunca se pusieron en marcha debido a la esporádica presidencia de este prócer de nuestra historia, incluso se ha llegado a mencionar que la firma de ese convenio fue una maniobra política con la que Madero sólo buscaba el reconocimiento internacional de su gobierno en un momento en que todavía troaban las carabinas (Gutiérrez Ramos, 2004).

Argumentando la misma teoría, el 15 de marzo de 1920, Álvaro Obregón emitió un documento a través del *Diario Oficial* denominado "Disposiciones sobre el comercio de productos que pueden ser utilizados para fomentar vicios que degeneren la raza, y sobre el cultivo de plantas que pueden ser empleadas con el mismo fin". Poco tiempo después, en julio de 1923, el mismo presidente "lanzó un decreto terminante que prohibía la importación de "las llamadas drogas heroicas, opio y extracto de opio; cocaína, sus sales y derivados; heroína, sus sales y derivados; morfina, sus sales y derivados", y especificaba como "delito de contrabando" el comercio de dichas sustancias" (Pérez-Montfort, 1997). En todas estas normas se buscaba evitar el consumo de las sustancias a partir de prohibir o controlar el comercio de las sustancias; sin embargo, hasta el día de hoy, no se han encontrado indicios que permitan pensar que tal lógica haya tenido éxito, aún así las normas se han ido actualizando de acuerdo a los convenios internacionales firmados y el combate al narcotráfico se ha convertido en la piedra angular de las políticas públicas de las drogas o contra las drogas y su consumo.

Es importante mostrar que, a diferencia de drogas como el opio y la cocaína, la marihuana se incluyó en la Convención de 1961 por "una recomendación de la Organización Mundial de Salud que había advertido a la Comisión de Narcóticos de Estados Unidos que las preparaciones de *cannabis* son prácticamente obsoletas y no existe justificación para su uso médico" (Nahas, 1991:85). Esto es, se prohibió porque no tenía uso médico ¡como si la humanidad realizara sus actividades a partir de una racionalidad médica! Nada más lejano a la realidad.

Con la idea fundamentada en Alma Ata, de dar atención en salud a toda la población, en los años 80 se realizan una

serie de reformas a la salud de las cuales derivan la Ley General de Salud y el Conadic, éste último como coordinadora de los esfuerzos sanitarios contra los daños provocados por las drogas ilícitas. La Ley General de Salud se refiere a las drogas ilícitas en los siguientes artículos:

235. La siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general todo acto relacionado con estupefacientes o con cualquier producto que los contenga queda sujeto a:
- I. Las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos;
 - II. Los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
 - III. Las disposiciones que expida el Consejo de Salubridad General;
 - IV. Lo que establezcan otras Leyes y disposiciones de carácter general relacionadas con la materia;
 - VI. Las disposiciones relacionadas que emitan otras dependencias del Ejecutivo Federal en el ámbito de sus respectivas competencias.

Los actos a que se refiere este artículo sólo podrán realizarse con fines médicos y científicos y requerirán autorización de la Secretaría de Salud.

237. Queda prohibido en el territorio nacional, todo acto de los mencionados en el artículo 235 de esta Ley, respecto de las siguientes sustancias y vegetales: opio preparado, para fumar, diacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados, Cannabis sativa, indica y americana o marihuana, *Papaver somniferum* o adormidera, *Papaver bacteatum* y *Erithroxilon novogratense* o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones. Igual prohibición podrá ser establecida por la Secretaría de Salud para otras sustancias señaladas en el artículo 234 de esta Ley, cuando se considere que puedan ser sustituidas en sus usos terapéuticos por otros elementos que, a su juicio, no originen dependencia. (SS, 2004).

Esta es la normatividad vigente en el país, en ella se pueden confirmar los dos aspectos señalados en un principio: la normatividad gira en torno a problemáticas ajenas a la población nacional, como ejemplo está la prohibición de sustancias apenas utilizadas por la población nacional en el momento de su aprobación legislativa; la heroína y la cocaína apenas eran utilizadas en México cuando se legisó sobre su consumo. Por otro lado, las políticas sanitarias se encuentran subordinadas a las políticas de seguridad, no sólo encontramos que

las políticas sobre farmacodependencia se basan en drogas ilícitas y se ignora sistemáticamente a los usuarios de drogas médicas, sino que además las Ley General de Salud refuerza y expande la ilicitud de las drogas. Esta es la única ley nacional que prohíbe el consumo de drogas, ni siquiera el Código Penal Federal hace esta prohibición; irónicamente, la ley de salud no recomienda el tratamiento, lo cual si hace el Código Penal Federal, que en su artículo 199 señala:

Al farmacodependiente que posea para su estricto consumo personal algún narcótico de los señalados en el artículo 193 no se le aplicará pena alguna. El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto como se enteren en algún procedimiento de que una persona relacionada con él es farmacodependiente, deberán informar de inmediato a las autoridades sanitarias, para los efectos del tratamiento que corresponda. Todo procesado o sentenciado que sea farmacodependiente quedará sujeto a tratamiento (Código Penal Federal, 2004).

2. Los Actores Sociales

En este apartado intento discutir dos puntos: 1) la conceptualización del término actor social, y 2) las dificultades de los consumidores de drogas ilícitas para reconocerse como actores sociales que participan en la determinación de las políticas públicas. El término actor social se empezó a discutir con mayor fuerza a partir de la década de los 90. Tetelboin (1992) argumenta que cuando se habla de actores se hace inmediata referencia al terreno de lo político, a las formas de expresión y representación de los intereses que pugnan, bajo ciertas condiciones, por definir o redefinir un determinado cauce a los procesos sociales. Este término gira en torno a la aparición de cada vez mayor número y diversidad de movimientos sociales que buscan participar en las políticas públicas, ya no sólo en el momento de la implementación sino también en el de la planeación; momentos de las políticas públicas según Esping Andersen (1991).

En México, por ejemplo, son notorios los movimientos de clase en torno a la seguridad social, generalmente agrupados en un discurso contrario a las reformas de los sistemas de salud; sin embargo también es evidente la existencia de movimientos sociales basados en agrupaciones que no necesariamente pertenecen a la misma clase social, tal es el caso de la movimientos contra la violencia intrafamiliar. En ambos casos queda claro que los actores son entidades organizadas institucionalmente para funcionar políticamente, cuando la clase obrera se organiza para luchar por mantener la seguridad social lo hace principalmente a través de sus sindicatos; en el caso de la organizaciones que luchan contra la violencia intrafamiliar muchas veces se encuentran instituidas por

personas que directa o indirectamente se han visto afectadas por esta problemática: esta es una de los ejes para definir los movimientos sociales: la solicitud de una o varias demandas específicas. Es entonces que los ciudadanos se organizan en movimientos sociales con demandas específicas para intervenir en la toma de decisiones políticas, pero es a través de organizaciones instituidas como pueden ser reconocidos como actores políticos en el debate público.

Sostengo la idea de que los usuarios de drogas observan serias dificultades para constituirse como actores, las cuales se pueden agrupar en la triple estigmatización (sanitaria, jurídica y moral) de la que son objeto los consumidores de drogas. Hay que enfatizar en que el estigma se basa en la confusión, en principio se presenta a los usuarios de drogas como adictos, presentes o futuros, sin especificar las sustancias o el tipo de efectos causadas por las mismas; se resalta que bajo el influjo de la droga, o como consecuencia del tiempo de uso, los individuos pierden capacidades físicas y mentales (DSM-IV, 1995). No se difunde, en cambio, que las drogas tienen diferente poder adictivo, ni tampoco que muchos usuarios nunca llegan a presentar síndromes de abstinencia o de tolerancia, características del diagnóstico de dependencia. Además la práctica médica ayuda a la estigmatización al no difundir que sólo un pequeño porcentaje de usuarios experimentales de drogas ilegales llegan a continuar su consumo hasta grados de dependencia (SS-INEGI, 2004), ya que esto permite la creencia de que los consumidores no pueden ser ciudadanos al no tener capacidad de elección y dificulta sus expresiones políticas.

El que la práctica médica hegemónica se base en las capacidades del individuo para emitir o no un diagnóstico, de dependencia o adicción, dificulta aun más las relaciones sociales del consumidor. Pero es en la inespecificidad de tiempo de rehabilitación que prosigue a un diagnóstico donde se fundamenta la idea de que el adicto siempre será adicto. Esta idea es retomada en la práctica médica bajo el discurso de que el abstemio puede recaer con facilidad y, en ese caso, será más difícil su rehabilitación; esto se expresa claramente en los grupos de autoayuda y comunidades terapéuticas, donde los pacientes abstemios se continúan considerando "adictos en recuperación" aun después de años sin consumir. Es así que encontramos un primer estigma, basado en la confusión entre ideas científicas y pseudo científicas acerca de la influencia de las drogas en la voluntad de los consumidores dependientes y de la eternidad de la adicción.

El segundo estigma que dificulta a los consumidores de drogas institucionalizarse como actores es el de criminalidad. Es común que en las sociedades urbanas se presente a los consumidores de drogas como causantes de los problemas de

seguridad pública, el discurso se basa en que bajo el influjo de la droga, al perder su capacidad de elección, los usuarios realizan actividades ilícitas para mantener el consumo de la droga; complementan el discurso aduciendo que el entorno en que se desenvuelven facilita las relaciones con delincuentes, como son quienes les venden las drogas que consumen. No está de más decir que este estigma es impulsado por políticos y policías que, inmersos en mares de corrupción, se encuentran incapacitados para dar seguridad a la población y culpabilizan de su ineficiencia a todo tipo de excluidos, entre ellos, jóvenes y consumidores de drogas. Tampoco está de más aclarar que en favor de la estigmatización no se aclara que muchos consumidores de drogas se encuentran plenamente integrados al sistema social y usan las drogas para mantener ritmos extenuantes de trabajo, como los artistas o los corredores de bolsa (Del Olmo, 1985).

Por último, se agrega el estigma moral. El estigma moral es poco tratado en el ámbito de las políticas sociales, al contrario de los aspectos jurídicos y sanitarios que sirven incluso de fundamentos a los estigmas. El estigma moral proviene de ideas religiosas, varias de las cuales utiliza el estado norteamericano para basar sus acciones políticas hegemónicas, una de las cuales es precisamente la prohibición de las drogas. En su historia de las drogas, Escohotado (1977) describe como el gobierno norteamericano decide impulsar la prohibición de las drogas en una búsqueda utópica de una sociedad sin vicios, basándose en las ideas religiosas del cuerpo como residencia del espíritu divino.

Es entonces que los consumidores de drogas ilícitas tienen una triple estigmatización, moral, jurídica y sanitaria, que dificulta seriamente las posibilidades de que se erijan como actores de las tomas de decisión sobre las políticas sanitarias que le afectan, pero en la realidad es constante que los distintos estigmas se conjuguen en uno sólo: el de adicto. Esto produce mayores desventajas para los consumidores, incluso para los experimentales, muchos de los cuales al ser considerados "manzanas podridas" son excluidos de organizaciones formales como escuelas y empresas. Sin embargo, si no son los consumidores los actores que discuten las políticas públicas en torno a las drogas entonces ¿quiénes son los actores? ¿Acaso no hay quienes disientan de las medidas implantadas a partir los convenios internacionales de lucha contra las drogas?

3. Actores de las políticas sanitarias de las drogas ilegales

Queda claro que el estigma dificulta la participación de los consumidores en las políticas públicas en torno a las drogas ilícitas. Sin embargo, esto dificulta también la posición de quienes proponen políticas públicas sobre drogas y, por tanto, la vinculación entre ambas partes. En este apartado sólo

quiero apuntalar una idea, los consumidores de sustancias ilícitas no son actores de las políticas sanitarias en materia de drogas y ello tiene como consecuencia la ineficacia de los programas que a ellos refieren. En este sentido, y basándome en algunos acontecimientos en la materia, muestro a quienes se formalizan como los actores de las políticas públicas sobre drogas.

El primer caso es el de Patricia Mercado, quien en sus campañas presidenciales de 2000 y 2006 ha prometido llevar a la cámara una iniciativa para despenalizar la marihuana pero que, ante la insistencia de la pregunta, terminó aceptando que ella la consumió hace muchos años y se quedó dormido, haciendo énfasis en que por eso ya no volvió a consumirla. Es entonces que Patricia Mercado, por un lado parece evitar la relación pública con poblaciones ocultas que pudieran estigmatizar su campaña pero, por otro lado, promueve su inclusión dentro del contrato social, lo cual hace parecer que espera que los ciudadanos que se identifican como consumidores de marihuana vayan a las urnas y voten por ella para dejar de ser excluidos. Este caso, no es único en el país, pero deja ver de nuevo la promoción de políticas ajenas al contexto nacional, la despenalización de la marihuana es una propuesta añeja en otros lugares del mundo que parece estar más relacionada a una mercantilización de pastillas y compuestos farmacéuticos más que a un libre mercado de la droga, lo cual indicaría un uso político de los usuarios de drogas más sin visos de inclusión en las políticas públicas.

Un segundo ejemplo de actores políticos que participan de las políticas públicas sobre drogas se encuentra al interior de los aparatos de gobierno. En fechas recientes, y después de mucho tiempo de debates, en el Congreso de la Unión se aprobó una serie de leyes que tenían como fin principal enfrentar mejor las

actividades del narcomenudeo en las calles, ya que muchos narcomenudistas al ser aprehendidos se declaran como consumidores de drogas, lo cual no es falso, y soslayan como prueba de verdad la poca droga que portan, con lo que evitaban la detención a cambio de asistir a tratamiento, no necesariamente de terminarlo. Hay que tener en cuenta que el consumo de drogas, ilegales y médicas, continúa creciendo en nuestro país (SS-INEGI, 2002), y que con la nueva ley se intentaba tener claridad entre la cantidad de droga que podría traer un consumidor y la que se podría considerar demasiada y, por tanto, hacer sujeto de investigación al portador. Esto permitiría evitar los atropellos y vejaciones que, cuando son sorprendidos con un poco de drogas, sufren muchos usuarios por parte de policías que los amenazan con remitirlos como traficantes.

Sin embargo y, contrario, a lo que es una sensible mejora de las políticas públicas en torno a las drogas, tales leyes fueron vetadas por parte de la presidencia de la República sin justificación alguna. Se ha comentado que el veto se debió a la presión por parte de los Estados Unidos a lo que se podría interpretar como una política a favor del consumo de drogas, también se ha dicho que es una respuesta de la clase conservadora en el poder, sin embargo lo que se puede dar por es cierto es que con este veto inexplicado se echa por tierra la posibilidad de que los consumidores de drogas se incluyan en el contrato social. En este ejemplo se refuerzan las ideas de que las políticas sanitarias sobre drogas se someten a la política de seguridad pero, además en ninguno de los momentos se han manifestado grupos o asociaciones en contra del veto o a favor de las nuevas leyes, por lo que se sostiene la idea de que en México los consumidores de drogas ilegales no son actores de las políticas sociales que les conciernen.

Bibliografía

- American Psychiatric Association, DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión electrónica en español, Barcelona, Masson, 1995. 894 p.
- Gutiérrez Ramos, Axayácatl, "Drogas: La historia que hace falta"; en: Universidad de México. Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Humanidades, México, Números 630-631, diciembre 2003-enero 2004, p.45-53.
- Suprema Corte de Justicia, Código Penal Federal; en: Legislación Penal y su interpretación por el Poder Judicial de la Federación. Disco compacto, Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2004.
- Escohotado, Antonio, La historia de las drogas, España, 1977.
- Esping-Andersen, G. (1991), "As tres economías políticas do welfare state", Revista Lua Nova, 24:85-116.
- Secretaría de Salud, Ley General de Salud; en: Legislación Penal y su interpretación por el Poder Judicial de la Federación. Disco compacto, Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2004.
- Nahas, Gabriel G. (1991), Cocaína: La peste blanca, México, SITESA.
- Nieto Fernández, Lilia y Araujo Monroy, Rogelio. (1999), "¡Droga!: La eficacia simbólica del mal"; en: *JOVENes*, Revista de estudios sobre juventud, 3(8), enero-junio de 1999, Centro de investigación y estudios sobre juventud, 62-83.
- Olmo, Rosa del, La socio-política de las drogas, Caracas, Universidad Central de Venezuela-Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, 1985, 128 p.
- Pérez Montfort, Ricardo, Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío, México, Plaza y Valdés, 1997, 155 p.
- Secretaría de Salud-INEGI (2004), Encuesta Nacional de Adicciones 2002, México, INEGI.
- Tetelboin, Carolina. (1992), "Actores sociales: ¿una herramienta para el análisis de las políticas públicas en América Latina?"; en: Eibenschutz, C., Estado y Políticas Sociales en América Latina, México, Fiocruz/UAM-X, pp. 233-253.