

# Alternativas al Modelo Prohibicionista en el Tratamiento de la Adicción a Drogas

Salvador Santiago-Negrón, Ph.D.; M.P.H.  
*Centro Caribeño de Estudios Postgraduados*

## Abstract

*This article analyzes the Prohibitionist Model used in Puerto Rico, its impact on the treatment of illicit drugs, and the epidemiology of criminal conduct in Puerto Rico. Problems resulting from this model are stated, and a public health perspective is presented to deal with treatment for use, abuse and dependency on legal (coffee, tobacco and alcohol) and illegal (heroin, cocaine, marijuana) drugs.*

*Under the Prohibition Model, resources are directed to repress and persecute drug users, instead of treatment provision and the establishment of preventive measures.*

*The etiology of drugs dependency is complex. Cultural, family and personal factors interact to produce this strange illness, which has a significant social impact. Criminality, corruption, organized crime, violence and HIV should have priority over the problem of illegal drugs dependency.*

*Puerto Rico should explore the possibility of adapting some of the existing harm reduction models in order to deal with our drugs dependency problem. The adopted model could enable us to classify drugs dependency as an illness instead of as a crime, as they do in Holland.*

Nos proponemos durante esta presentación analizar el modelo prohibicionista y su impacto sobre el tratamiento de abusadores de drogas ilícitas y la epidemiología de la Conducta Criminal en Puerto Rico. Expondremos la secuela de problemas que este modelo engendra y plantearemos una perspectiva de salud pública para intervenir con el tratamiento para uso, abuso y dependencia de las drogas legales e ilegales. Para propósitos de esta presentación estaremos usando el término "drogas ilegales" para referirnos a la heroína, cocaína y marihuana. El constructo "drogas legales" lo usaremos para referirnos a las drogas adictivas café, tabaco y alcohol.

Cuando hablamos de una condición que afecta la salud y la concebimos dentro del constructo de "enfermedad", por lo general enfocamos en la *etiología* de la condición, la *nosología* y su *tratamiento* más aceptado por la comunidad científica. De las drogas ilegales, lo aceptado por el campo científico es que la condición de abuso y dependencia tiene una etiología multifactorial compleja. Canino, (1993), (in press). No obstante, se han podido identificar variables asociadas al uso, abuso y dependencia de drogas ilícitas en algunos sectores poblacionales (García, 1967; Canino, 1993; Robles y Moscoso et. al., 1991).

Lo más razonable que podemos decir sobre la etiología de la dependencia de drogas es que es de origen complejo, donde tanto factores sociales, como culturales, familiares y personales entran en juego como para producir esta *rara* enfermedad.

Decimos *rara* porque entendemos que desde el punto de vista epidemiológico la prevalencia de la dependencia de drogas en Puerto Rico es de aproximadamente 1.2 por ciento

(Canino, 1993). La condición de dependencia de drogas ilegales es más rara que la epilepsia y que la retardación mental, o la esquizofrenia. No obstante, a pesar de su rareza, su impacto social, al igual que el de la esquizofrenia, es significativo. La condición de dependencia de drogas ilegales en Puerto Rico se parece a la esquizofrenia en el sentido de que, a pesar de ser una enfermedad rara que afecta a menos del 3 por ciento de la población, ambas impactan a la comunidad en forma dramática. Este dramatismo en ocasiones es captado y reportado por los medios masivos de comunicación, creando una impresión de que la magnitud del problema de adicción a drogas ilegales es mayor de lo que realmente es.

Cuando hablamos de una condición de salud, el primer paso a tomar en un intento de analizar científicamente la misma, es medir u observar la magnitud del fenómeno y sus secuelas.

Algunos estimados epidemiológicos independientes indican que la magnitud del problema de dependencia de drogas ilegales en Puerto Rico es el siguiente: García & Colón (1989), estimaron que el número de personas que "usan y abusan" drogas ilegales en Puerto Rico es de 37,542 (2.4 por ciento de la población). Canino et. al. (1993), estimaron que para abuso y dependencia hay 22,512 personas (1.2 por ciento de la población). En el renglón de "uso y abuso" los autores estimaron que hay 153,832 personas (8.2 por ciento de la población). Ver Tabla 1.

El estimado epidemiológico de Canino es el más conservador de todos los informados hasta el momento. A pesar de que Canino hizo su estimado tomando una muestra representativa de la población de Puerto Rico, la misma no incluyó personas confinadas, institucionalizadas, ni deambulantes.

TABLA 1

Magnitud del Problema en P.R. Estimado por Autores	
• 1. Abuso/ dependencia	22,512 (1.2%)
• 2. Uso y abuso	37,595 (2.5%)
• 1. Uso y abuso	153,832 (8.2%)
• (% = al por ciento de la población total de P.R.)	
1. Canino et. al. (1993). 2. García & Colón (1989)	

Haciendo un estimado de magnitud tomando como base una población clínica, Colón (1987) llegó a estimados un poco mayores que los de Canino, pero dentro de los parámetros esperados para estimados de esta naturaleza. Es importante señalar que, a pesar de que ambos autores usaron distintas metodologías, sus estimados son comparables. Los estimados epidemiológicos de una "enfermedad ilegal", como lo es la adicción en Puerto Rico, fuerza a la comunidad científica a utilizar estimados poblacionales con mayor grado de error que el que se obtiene para otras condiciones de salud que no representaban un estigma social.

En los últimos lustros, tanto la tradición psiquiátrica como la psicológica, han intentado ser cada vez más

enfáticos y rigurosos al establecer categorías de tipo nosológico para las condiciones psiquiátricas que caen dentro del constructo enfermedad, como lo es la dependencia de drogas.

Desde 1968 la palabra adicción es sustituida por la palabra "dependencia", según el Consejo Mundial de la Salud de la O.N.U. El término "dependencia" debe ir acompañado de la droga a la que se entiende se le adjudican esas características (i.e. "dependencia de Heroína", "dependencia del alcohol", etc.).

Los únicos instrumentos legítimos y aceptables para el establecimiento de un diagnóstico apropiado en el área de las drogas en Puerto Rico son el Diagnostic Statistical Manual (DSM-III-R), el International Classification Psychodiagnostic Manual (edición #9), y el Diagnostic Interview Schedule (DIS), Robins, (1982). El último instrumento mencionado es una versión validada en Puerto Rico con propósitos investigativos (Canino et. al., 1987; Bravo, et. al., 1987).

A pesar de que la práctica aceptable en la comunidad de profesionales de la salud es que una condición patológica debe ser diagnosticada antes de intervenir con la misma, ninguno de los programas públicos ni privados que practican el "tratamiento" de drogadictos masivamente (DSCA y CREA) sigue esta práctica. En otras palabras, ninguno de ellos utiliza los mecanismos aceptados por la comunidad profesional y científica para llegar a un diagnóstico apropiado antes de "tratar" a sus respectivos pacientes. Esta es una política de la Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción (AMSSCA) desde que el Departamento de Servicios Contra la Adicción (DSCA) inició sus funciones ministeriales, en el año 1977.

El no hacer diagnósticos apropiados trae como consecuencia el que se intervenga con los recipientes de los servicios de tratamiento en forma desordenada y poco

sistemática. Por ejemplo, los pacientes experimentadores de Marihuana se mezclan con adictos crónicos a Heroína en una misma intervención grupal, independientemente de la severidad de sus condiciones o la presencia de comorbilidad con otras situaciones de salud.

Existen alrededor de 17 programas genéricos de tratamiento en Puerto Rico. De todos estos programas los más grandes son el programa privado Hogar CREA, con 78 unidades, y el programa público AMSSCA, con 72. Ver Tabla 2.

TABLA 2

DSCA (72)*	Programas en P.R.	CREA (78)*
Centro de Educación	C	CORD
Casa Providencia		Dynamic Medicine
Hogar B. Samaritano		Hogar Nueva Vida
Hogar Resurrección		Misión Refugio
Misión Rescate		New Life for Girls
Puerto Rico Alcoholic		Reto Juvenil de P.R.
Silo		Teen Challenge
Casa Refugio Sion		
*Num. Unidades		
Fuente: DSCA (1989)		

La característica principal de los programas en Puerto Rico es que todos promueven el objetivo de la *abstinencia de*

drogas, incluyendo los de Metadona. La gran mayoría de ellos son privados y promulgan diferentes medios para llegar a la "curación del adicto. La definición de curación o rehabilitación varía de programa a programa, y casi ninguno sigue las directrices del DSM-III-R, de considerar al paciente "curado" después de 6 meses de abstinencia comprobada por medios independientes, tales como análisis de orina o sangre.

La efectividad de estos programas no ha sido evaluada con rigurosidad científica, a pesar de ser esa una de las misiones principales del DSCA y ahora de AMSSCA. La gran mayoría de estos programas utiliza el modelo de *testimonio* para evidenciar su efectividad, a pesar de que ya se sabe en el mundo de las ciencias de la salud, que el testimonio no es un criterio para demostrar la efectividad de un tratamiento. El concepto de testimonio se debe utilizar para *generar hipótesis* y no para establecer la legitimidad de un tratamiento dado.

Otro de los problemas metodológicos que confronta el modelo de testimonio para demostrar efectividad de un tratamiento es que ignora el concepto *del placebo* y de la *historia natural de la enfermedad*, dos conceptos científicos sólidamente establecidos en el mundo de la Epidemiología Psiquiátrica. Hoy día, el método aceptado para evitar el efecto del placebo en un tratamiento dado es el diseño de los estudios "doblemente ciegos" en poblaciones representativas de la enfermedad que se pretende "curar" o "tratar".

El constructo de testimonio también ignora un dato científico que está con nosotros desde el 1982, cuando Simpson y Oppenheimer demostraron que el 38 por ciento de los drogodependientes dejan de usar drogas por su cuenta, a pesar de tener suministro legal e ilimitado. Además, ya se conoce en la literatura científica que la tendencia de los abusadores de drogas es a regular su consumo (de mayor cantidad inicial de uso a menor cantidad), Simpson y Oppenheimer (1982), Cohen (1989), Mornigstar et al. (1983),

y Erikson et. al. (1987). Estos hallazgos son de carácter internacional, ya que Cohen llevó a cabo su estudio en Amsterdam, Mornigstar en Miami, Erikson en Canadá, y Simpson et. al. en Inglaterra. Ver Tabla 3.

TABLA 3

Tendencia Internacional de uso de Drogas
• Stimson & Oppenheimer (1992), Inglaterra
• Erikson, (1987), Canada
• Cohen (1989), Holanda
• Mornigstar (1983), Estados Unidos

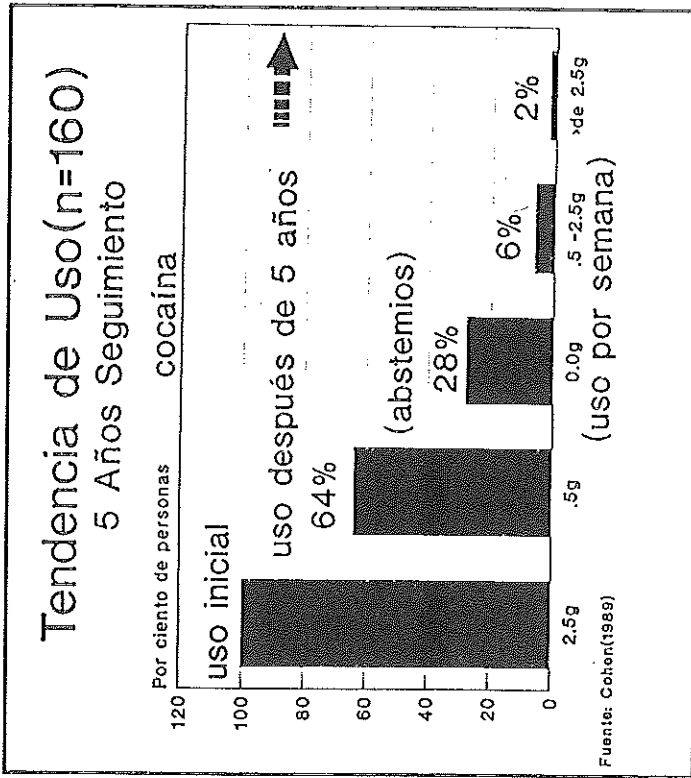
Fuente: CCEPG (1993)

Un ejemplo de los estudios que evidencian la tendencia a disminuir el uso de drogas en función del tiempo lo podemos observar en la siguiente gráfica, que se desprende de los estudios con Cocaína de Cohen (1989), en Amsterdam:

La tendencia de reducir el uso también se puede observar en las estadísticas de consumo de tabaco, tanto en los Estados Unidos como en Puerto Rico. Si le preguntamos a un grupo de personas cuántas han fumado alguna vez, estoy seguro que un gran número de éstas contestará afirmativamente. Si luego se les pregunta cuántas han dejado de fumar por su cuenta, un número considerable responderá afirmativamente.

La tendencia a moderar el uso de sustancias químicas adictivas, ya sean éstas legales o ilegales, como función de la edad de la persona parece ser un fenómeno mundial constante que es ignorado por los acólitos del Modelo

GRAFICA 4



Prohibicionista. El Modelo Prohibicionista es aquél que parte de la premisa de que el problema de la adicción es uno esencialmente de tipo legal. Consecuentemente, la mayor parte de la energía y los recursos fiscales se invierten en perseguir y encarcelar al usuario, como prioridad. El Modelo Prohibicionista usa las fuerzas de "ley y orden" como eje central y prioritario para combatir el uso de drogas, y ve el tratamiento como algo secundario a su gestión principal.

Los que abogan por los modelos prohibicionistas contra las drogas tienden a pensar que una vez una persona se inicia en el uso de una droga ilegal dada, continuará usándola hasta convertirse en un "adicto" en forma irremediable. Los datos empíricos señalan que este fenómeno solamente sucede

con la minoría de los que experimentan con drogas, sean estas legales o ilegales (Cohen 1989, 1990). A pesar de que la tendencia a la dependencia de drogas sucede solamente con una minoría (2 por ciento según Cohen), en el Modelo Prohibicionista se tiende a generalizar como si eso fuera lo que sucede con todos los que usan drogas ilegales.

Bajo el Modelo Prohibicionista se tiende a pensar que lo que aplica a las drogas adictivas ilegales no aplica a las drogas adictivas legales. Es como si una barrera imaginaria existiera entre los usuarios de drogas legales versus los usuarios de drogas ilegales. Khun (1962) llamó a este fenómeno el "efecto paradigmático".

Los "tratamientos" en Puerto Rico han variado desde la terapia ambulatoria como la conocemos tradicionalmente, hasta la "presión legal" para intervenciones de tipo residencial. En las intervenciones residenciales se ha practicado de todo, desde exorcismos religiosos hasta castigos físicos y emocionales, tales como recortes de pelo poco convencionales, privación de la libertad, activación de encarcelaciones, abuso verbal (la silla caliente), negación de la correspondencia y de visitas, uso de pañales desechables para adultos, y letreros ridiculizando la persona, entre otros. Ninguno de estos "tratamientos" tiene base científica; todos ellos salen de las especulaciones arbitrarias de un sinnúmero de paraprofesionales que se autodenominan "expertos" en el campo de la adicción a drogas. Muchos de estos "tratamientos" se practican como si fueran modas que luego se abandonan con la misma arbitrariedad que fueron instituidos (i.e., en algunos programas se le pintaban las manos de negro al que sorprendieran masturbándose).

Afortunadamente, muchas de estas prácticas han menguado por la sencilla razón de que sus usuarios se han convencido de la futilidad de las mismas, y por los litigios legales que ha habido con relación a los castigos crueles e inusitados (Collins versus Straight Inc., en Trebach, 1987).

Otra de las razones para el abandono de "tratamientos" que yo clasifico como medievales ha sido el éxodo de pacientes de dichos ambientes. Desafortunadamente no contamos con una política nacional clara para manejar este problema. Los esfuerzos del otrora DSCA se limitaron a copiar la moda de lo que las administraciones norteamericanas le han impuesto a la nación y sus territorios.

En resumen, los programas de tratamiento se caracterizan por su pluralismo, su falta de evaluación, su fragmentación, la ausencia de fundamentos científicos que los avalen, y su desconexión de una política nacional que les dé cohesión y un norte definido. El grueso del presupuesto asignado a manejar la problemática de las drogas, tanto en los Estados Unidos como en Puerto Rico, ha sido de tipo policiaco más que de salud pública.

La ubicación geográfica y los modelos de tratamiento de estos programas responden más a criterios de preferencias de sus directores que a un análisis de necesidades comunitarias o de efectividad de los mismos. Otro factor que ejerce su influencia en Puerto Rico es la accesibilidad de fondos federales para llevar a cabo proyectos que en ocasiones responden a una realidad burocrática norteamericana y no necesariamente a nuestra realidad. Ver Tabla 5.

Las modalidades de "tratamiento" más utilizadas en Puerto Rico parecen ser la individual y la grupal, en contraste con los Estados Unidos, que es la familiar. En un estudio que se llevó a cabo en los Estados Unidos, Coleman y Davis, (1978) realizaron una encuesta entre 2,012 agencias que ofrecían servicios de salud mental para adictos a drogas. Ellos encontraron que el 93 por ciento de los encuestados indicaron que la terapia de familia es el tratamiento de preferencia con relación a la dependencia de drogas.

Por otro lado, tanto en los Estados Unidos como en Puerto Rico, la evidencia sobre la eficacia y la eficiencia de los programas de tratamiento es bien escasa, y la que tenemos

TABLA 5

Modas Federales y su Impacto en Puerto Rico	
Nixon	Hernández Colón
Metadona - Single Agency Concept	Metadona - Creación DSCA
Carter	Hernández Colón
Decriminalización de Marihuana	Vistas Públicas bajo Santos del Valle sobre Decriminalización de Marihuana
Reagan	Hernández Colón
"Dile No A Las Drogas"	"Dile No A Las Drogas"
"Guerra Contra Las Drogas"	"Operación FURA"
Bush	Roselló-González
Operación "Weed and Seed"	"Operación Mano Dura"
	Invasión de Caseríos
	Fuente: CCEP (1994)

accesible es de dudoso valor como resultado de la dificultad de los programas para definir el "tratamiento" y medir resultados rigurosamente. Hollister (1990) señala que la necesidad de evaluar los programas de drogas se ha ignorado. En una revisión reciente de la literatura relativa a la eficacia de los tratamientos de drogas durante los últimos cinco años (1987-93), se encontró que de 2,333 artículos en el área de drogas solamente 32 (1.3 por ciento) tenían que ver

con los resultados de los tratamientos. La gran mayoría de los artículos concuerdan en que los resultados positivos no necesariamente pueden ser atribuidos al impacto de los "tratamientos" (Bailey, 1989).

Si usted se dirigiera a las autoridades gubernamentales para pedirle datos sobre el nivel de éxito de los tratamientos que reciben fondos del Gobierno para su administración, lo más probable es que le presenten el siguiente cuadro:

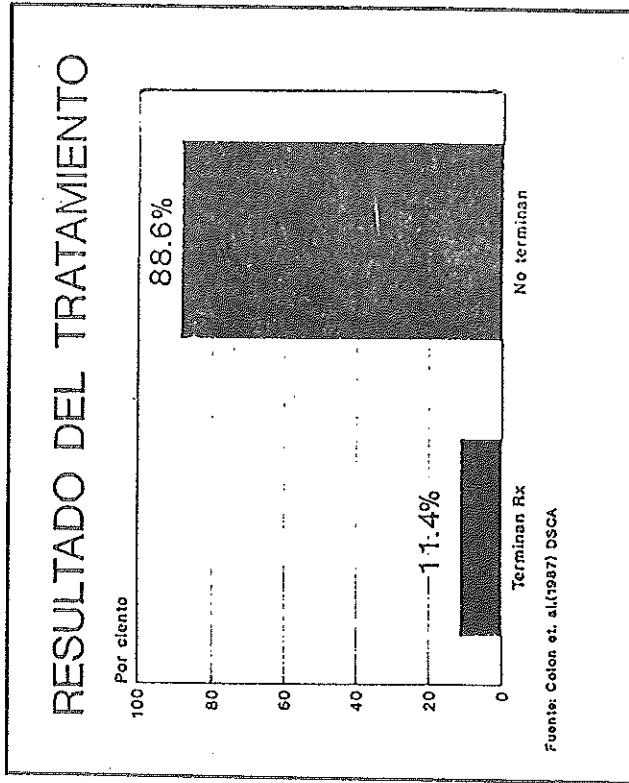
En primer lugar, que no existen datos que arrojen luz sobre la eficacia ni la eficiencia de los programas de tratamiento vigentes, ya sean estos públicos o privados (Colón, 1993, comunicación personal). A pesar de que no existe evaluación de estos programas, todavía el Gobierno los subvenciona.

En segundo lugar, que los hallazgos científicos que publica el mismo Gobierno no se incorporan a los tratamientos vigentes.

En tercer lugar, que los datos que existen están relacionados con el estatus en el tratamiento relativo a cuántos terminan y cuántos lo abandonan. La gran mayoría de los informes que requiere el Gobierno para justificar la adjudicación de fondos a los programas de drogas son de carácter fiscal, donde se enfatiza la auditoría de los fondos asignados en forma muy superficial. Veámos los datos de los que participan en tratamiento:

En resumen, el "tratamiento" que se ofrece en Puerto Rico podría decirse que *no es efectivo* para el 88.6 por ciento de la población de adictos. Por otro lado, podemos decir que solamente el 11 por ciento de los pacientes en tratamiento para drogodependencia terminan el tratamiento. En Puerto Rico no sabemos la efectividad de los tratamientos que se ofrecen a seis meses plazo. Seis meses de abstinencia es lo que se estima necesario para dar a una persona por "rehabilitada" una vez terminado su tratamiento, de acuerdo al DSM-III revisado. Damos por sentado que la definición

GRAFICA 6



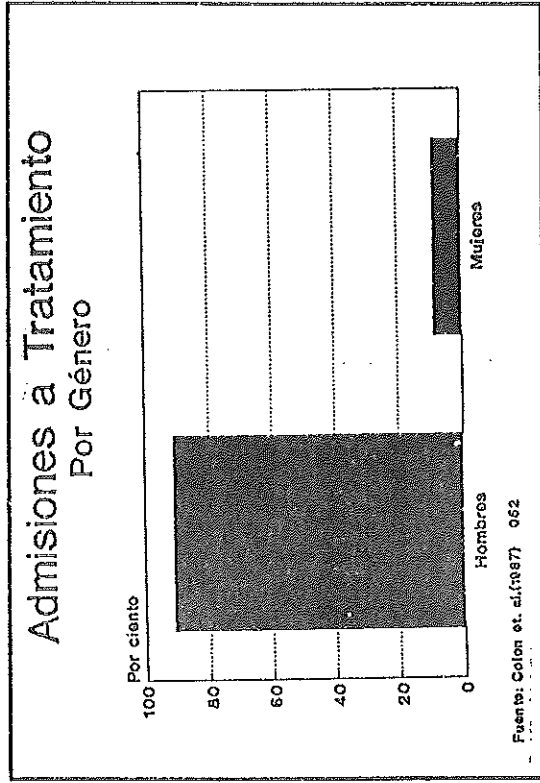
de abstinencia tiene que ser medida por exámenes de sangre u orina, y no por informes verbales de los pacientes.

En ánimo de entender el fenómeno de la dependencia de drogas en nuestra comunidad, es necesario hablar sobre el perfil de la población clínica que llega a tratamiento. El perfil de personas admitidas a tratamiento en Puerto Rico es el siguiente:

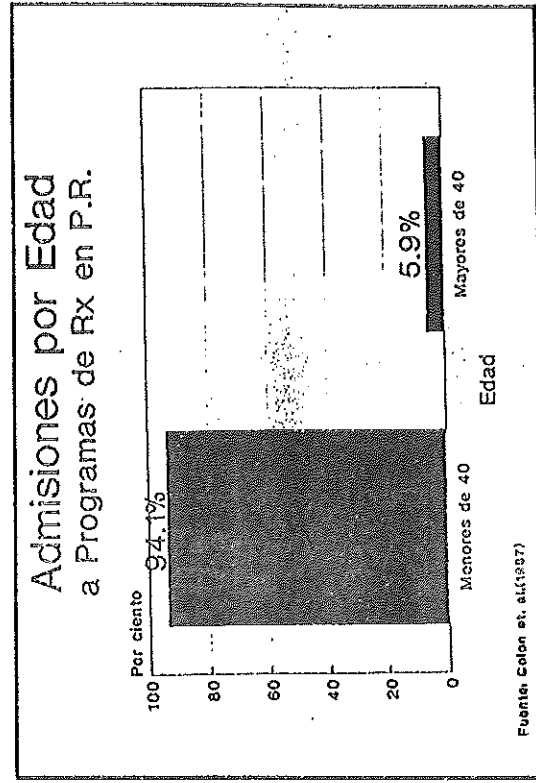
Las personas que son admitidas a tratamiento en Puerto Rico son mayormente varones, jóvenes y de áreas urbanas. El 46.4 por ciento de los pacientes admitidos tiene presión legal y el 53.5 por ciento no tiene presión legal para estar en tratamiento.

La mayoría de los pacientes entra a los llamados programas libres de drogas. Ver Gráficas 7, 8, 9 y 10.

GRAFICA 7

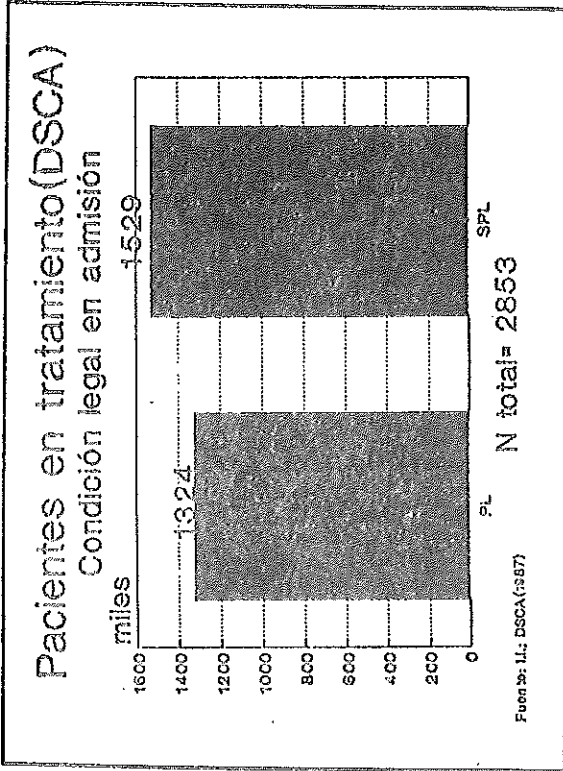


GRAFICA 8

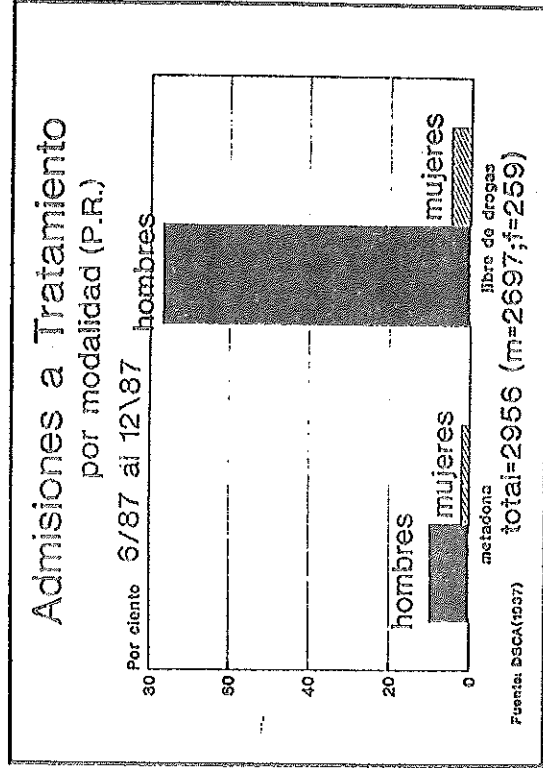




GRAFICA 9



GRAFICA 10



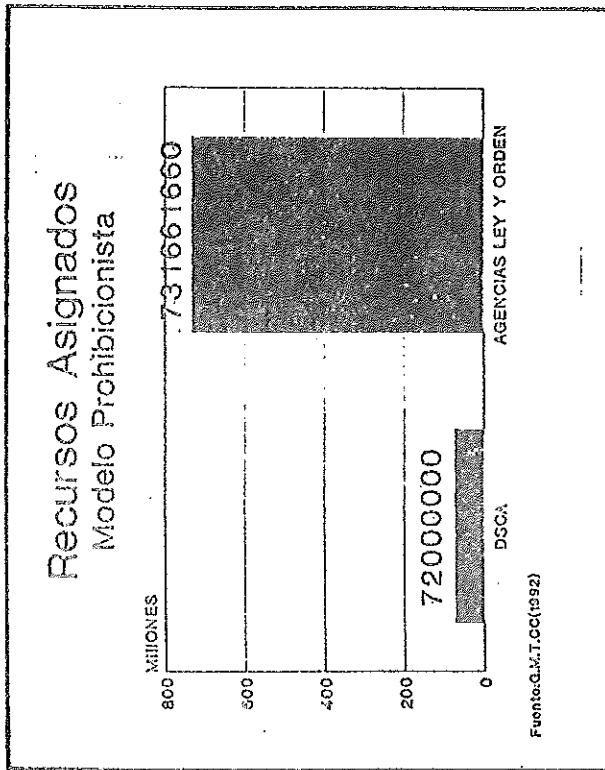
Puerto Rico sigue el Modelo Prohibicionista para enfrentarse al reto del uso y abuso de drogas ilegales tales como Marihuana, Cocaína y Heroína. Otros llaman este modelo el de "Justicia Criminal". Este modelo vislumbra al usuario de ciertas drogas ilegales como una persona "desviada", que requiere ser perseguida y penalizada por sus prácticas de uso y/o abuso de drogas. Este modelo le da más valor a la *persecución del usuario* de drogas que a *tratamiento* del mismo, a juzgar por los fondos que se le asignan a ambas actividades. Otras personas le llaman el modelo penalista o prohibicionista. Ver Gráfica 11.

El Modelo Prohibicionista parte de la premisa de que la gente que usa "drogas" tiene un defecto de carácter que tiene que compensar con la utilización de una sustancia para artificialmente corregir el mismo. Las personas que utilizan este modelo hablan de "desviados" o de patología como parte de su vocabulario para describir la condición nosológica de abuso o dependencia de drogas. En el Modelo Prohibicionista, o si se quiere Penalista, se parte de la premisa de que usar drogas es un valor inherentemente "malo" y que es una práctica que debe ser moral y legalmente repudiada.

El Modelo Prohibicionista asume que el objetivo de tener una sociedad sin consumo de drogas ilegales es una meta alcanzable. El valor de "un mundo sin drogas" tiene sus orígenes en la Liga de la Temperancia, y es el primer precepto de su doctrina. La frase del Hogar Crea de "Hacia el Siglo 21 libre de drogas" es un magnífico ejemplo de un valor típico de la Liga de la Temperancia.

Los recursos que se adjudican al manejo de la problemática de drogas bajo el Modelo Prohibicionista generan un sesgo hacia las actividades de represión y persecución versus las de tratamiento y prevención.

GRAFICA 11



En el Modelo Prohibicionista los recursos de un país se adjudican prioritariamente a las agencias penalizantes en vez de a las de tratamiento. Esta situación de adjudicación de prioridades también se evidencia en la posición asumida por la Asociación Nacional de Directores de Programas de Alcohol y Drogas, cuando estimó que en los Estados Unidos solamente de un 15 a un 20 por ciento de los drogadicitos recibió tratamiento en 1991 (Schlesing et. al 1992). En Puerto Rico, según las estadísticas ofrecidas por el ya extinto DSCA, las personas que reciben tratamiento constituyen aproximadamente el 8 por ciento de abusadores de drogas ilícitas.

El Modelo Prohibicionista establece sus prioridades en Puerto Rico en la adjudicación de recursos fiscales de manera dramática, al asignarle una cantidad de recursos a las

agencias penalizantes ("law enforcement agencies") muy por encima de los que se le adjudican a las agencias de tratamiento. Veamos lo que el Modelo Prohibicionista logró en la administración pasada.

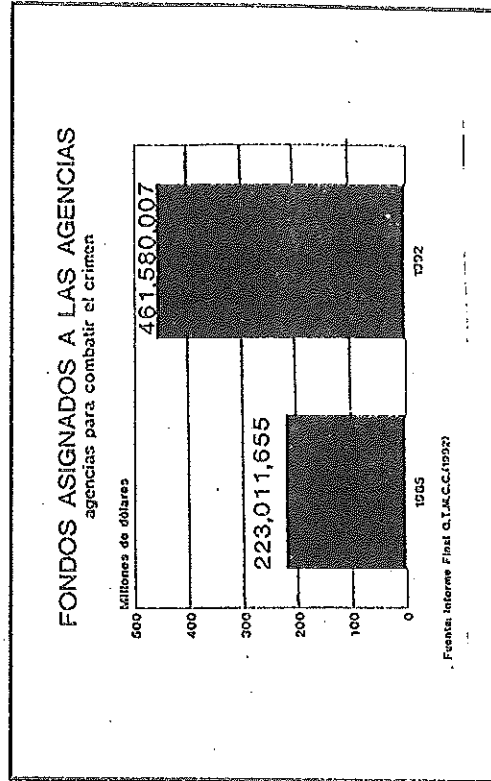
TABLA 12

**Guerra Contra el Crimen**  
**LISTA DE AGENCIAS IMPACTADAS**

- Departamento de Justicia
- Policía de P.R.
- Administración de Corrección
- Departamento de Servicios Contra la Adicción
- Junta de Libertad Bajo Palabra

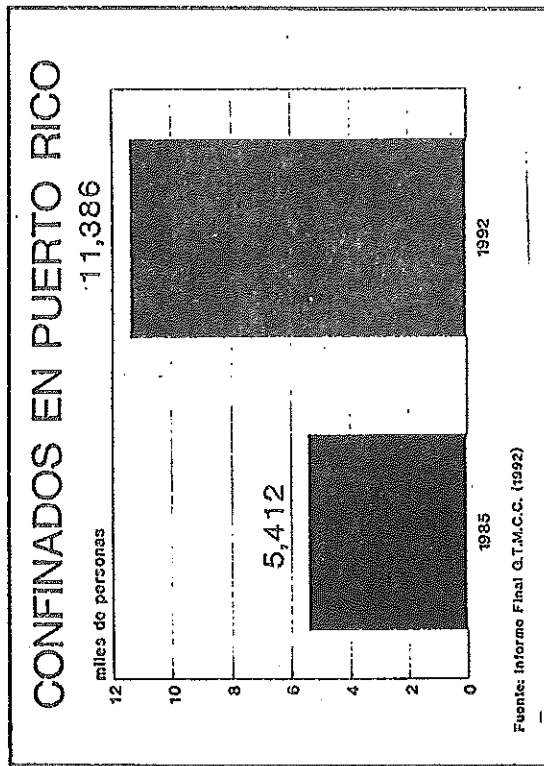
Fuente: G.T.I.C.C. (1992)

GRAFICA 13

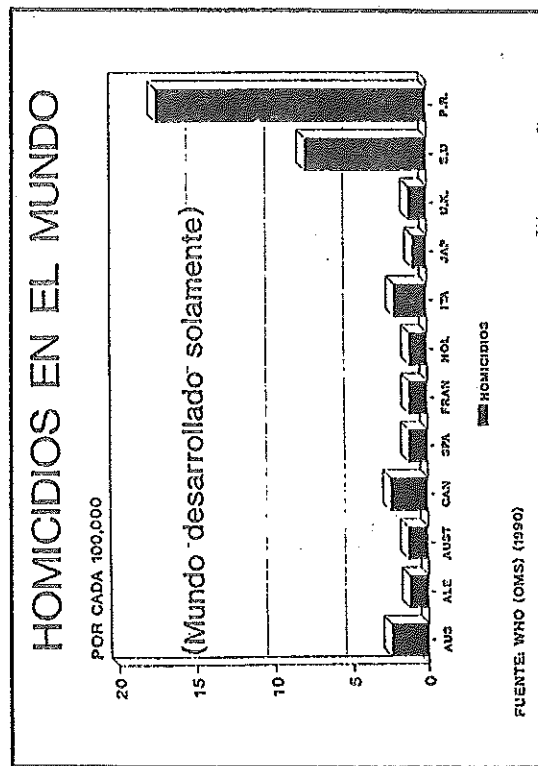


La consecuencia de este aumento desmedido de recursos a las agencias de ley y orden trajo como secuela lo siguiente:

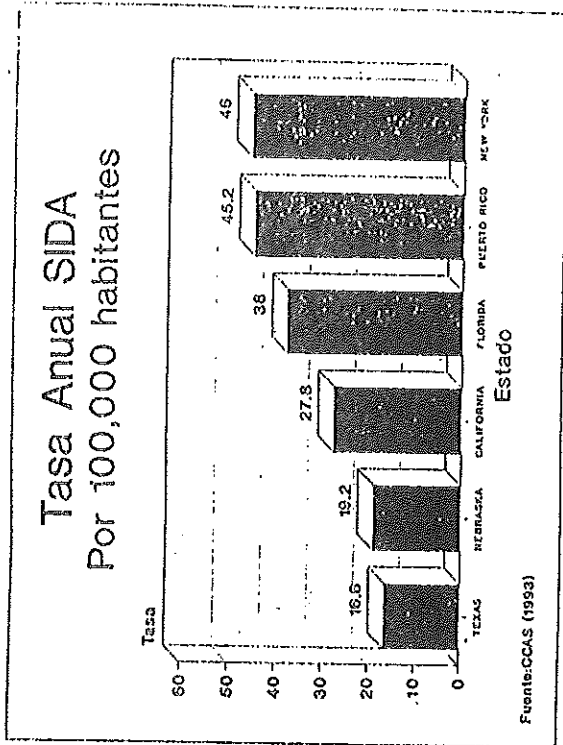
GRAFICA 14



GRAFICA 15



GRAFICA 16



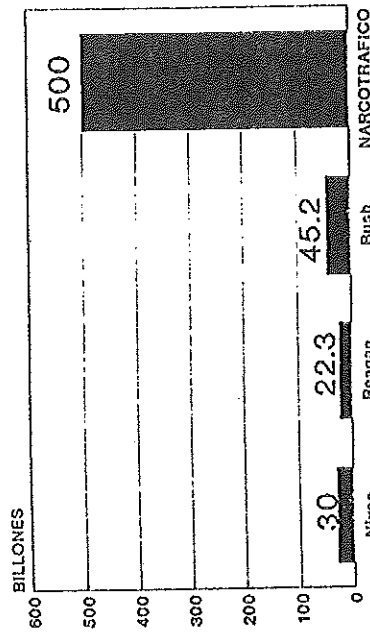
El Modelo Prohibicionista disfrutó de cierto prestigio bajo las administraciones republicanas en los Estados Unidos, y bajo la pasada y presente administración en Puerto Rico, a juzgar por la cantidad creciente de dinero que se asigna bajo las diferentes administraciones. No obstante, estas asignaciones anuales de dinero resultan pálidas al compararlas con el ingreso que el Congreso estima que el narcotráfico obtiene anualmente. Ver Grafica 17.

En resumen, ¿Cuál es el precio del Modelo Prohibicionista en Puerto Rico?

1. Corrupción (i.e., 5 coroneles de la policía convictos, ayudantes de gobernadores, jueces, políticos, banqueros, etc.)
2. Crimen organizado con más y mejores recursos que el estado
3. Violencia

GRAFICA 17

Cantidad de Dinero Invertida en E.U.



Fuente: Trobach et. al (1992)

4. Incremento en incidencia de SIDA
5. Marginación del adicto enfermo
6. Hacinamiento en las cárceles
7. Desgaste y saturación del sistema
8. Desperdicio de recursos, (i.e., Guerra contra las Drogas, Mano Dura, militarización de los caseríos)
9. Enajenación de los jóvenes víctimas de la cárcel y de la discriminación de las intervenciones
10. Impotencia y apatía de las profesiones de la salud
11. Exageraciones sobre los efectos de las drogas y justificaciones para aumentar penas y sentencias fijas
12. Corrupción Internacional (Noriega, Peñafloriano, CIA, DEA)
13. Mayor inseguridad y fuentes de contagio para la población no adicta
14. Violación de derechos civiles

El Modelo Prohibicionista es muy popular entre los políticos, ya que bajo el mismo es muy fácil lucir "bien" entre los votantes con sólo aumentar las penas y hacer campañas de "mano dura", o "Weed and Seed", independientemente de cual administración esté en el poder. En ocasiones miramos a los Estados Unidos como fuente de sabiduría y fondos para iniciar acciones conducentes a intervenir con la población adicta. Muchos de nosotros hacemos esto olvidando que el pueblo americano, con todos sus recursos, no ha podido manejar el problema de drogas.

Buscar soluciones al problema de las drogas en Estados Unidos es como buscar soluciones al racismo en Africa del Sur. Precisamente el racismo ha sido una de las dificultades que la sociedad americana ha tenido con las drogas ilegales, por asociar su uso con minorías étnicas (el opio con los chinos, la heroína y cocaína con los negros, la marihuana con los mejicanos). Esta asociación (racismo-drogas) trajo como consecuencia que el Modelo Prohibicionista se arraigara en el inconsciente colectivo de la sociedad americana, por ser el que mejor encajaba con la psicología de "chivo expiatorio" para el pueblo americano, con relación al prejuicio contra las minorías étnicas. De esta manera se podía ser racista, persiguiendo y encarcelando a los orientales, los negros, los hispanos, y los pobres, sin tener que admitirlo. A la verdad que la "guerra contra las drogas" es uno de los mejores intentos que se conocen en la historia para demonizar y hacer chivos expiatorios a poblaciones vulnerables. Por supuesto que los otros ejemplos que compiten bien de cerca por su impacto en el mundo moderno son el invento de la iglesia de "que los indios no tenían alma", y el de los alemanes de que los judíos eran los causantes de sus desgracias. Nótese que en todos estos ejemplos la movilización de la población y el desarrollo de la psicología de guerra no se hizo esperar. Lo bueno de esta psicología de guerra es que permite cualquier cosa en nombre

de la "causa" y pone etiqueta de "traidores" a los que la critican o se oponen a sus modos de proceder.

La ideología de guerra para enfrentar un problema de salud pública es un equívoco que le sale demasiado caro a las sociedades que la practican, amén de su decidido fracaso. La guerra contra las drogas y el Modelo Prohibicionista que lo avala, junto a los visos de racismo encubierto de algunos de sus proponentes, nos alejan de un enfoque crítico y racional sobre la problemática del uso y abuso de las drogas, sean éstas legales o ilegales.

Afortunadamente, Puerto Rico no tiene una asociación fuerte entre el racismo y la drogadicción. Esto nos da una posible esperanza de poder acercarnos al Modelo de Salud Pública o de Reducción de Daño con una mente más abierta que el típico profesional de la salud norteamericano.

Nos da la impresión de que la asociación que en ocasiones se desea lograr en Puerto Rico en ciertos círculos de poder es la de uso de drogas y vivir en un caserío público, a juzgar por el número de intervenciones militares en estos sectores de la población. En unas vistas públicas que celebró la Comisión Conjunta de Salud de la Cámara y el Senado de Puerto Rico, nos relata Madeline Román (1993) en su libro *Estado y Criminalidad en Puerto Rico* que un joven que declaró en las vistas emplazó a los legisladores cuando les dijo: "¿Por qué persiguen tanto en los caseríos, si nosotros no somos los que tenemos ni las lanchas, ni los aviones para traer la droga? Este planteamiento recoge muy bien la posible tesis de que el Modelo Prohibicionista trae un bagaje clasista digno de examinarse.

El Modelo Prohibicionista es repudiado por personalidades que están convencidas de que el mismo es inoperante, entre ellas:

Milton Friedman  
George Schultz  
Anthony Lewis

William F. Buckley

Kurt Schumke

Juez Marco Rigau

Lic. Héctor Lugo Bougal

Prof. Fufi Santori

Dr. José Alvarez de Choudens

Juez Antonio Negrón García

Juez Carlos Irrizarry Yunqué

Juez Emilio S. Belaval

Lic. Abraham Díaz González

La Cirujana General, Jocelyn Elders

Gustavo de Greiff

Arnold Trebach

El Presidente de la Corte Suprema de Colombia,

Jorge Arango

Athan Nadelmann, y otros

Esta larga lista de personas prominentes de la comunidad internacional la mencióno con el propósito de ilustrar que la idea de normalizar la situación de las drogas ilegales es más popular de lo que parece a simple vista. Nuestra tesis es que existen otros modelos más humanizantes que el Modelo Prohibicionista para manejar el problema de *salud* que representa el abuso de drogas, sin la secuela de aumento en actividad criminal, corrupción o crimen organizado. Ya otros países han comenzado el camino de terminar la *demonización* de las drogas para reemercarlas dentro de un paradigma de salud pública y de calidad de vida, que se llama EL MODELO DE NORMALIZACION. El Modelo de Normalización parte de la premisa de que las drogas están con la humanidad desde principios de su misma historia, y que estarán con nosotros siempre. El Modelo de Normalización enmarca el problema de uso de drogas

dentro de los parámetros de que es una expresión cultural que puede conllevar problemas de salud, pero nunca debe verse como una conducta aberrante que amerite encarcelar a los ciudadanos por dicha práctica.

La "guerra contra la droga", la "mano dura" y la militarización de los caseríos retrasan el que el estado "asuma los efectos reveladores de la Paz" según nos dicen Kroker & Kroker (1989), ... "la mirada obliga a otros problemas que no queremos ver" (Roman 1993).

Desde nuestro punto de vista, el problema de la **CRIMINALIDAD** y la **CORRUPCIÓN**, el **CRIMEN ORGANIZADO**, la **VIOLENCIA** Y EL **SIDA TIENEN PRIORIDAD SOBRE EL PROBLEMA DE LA DEPENDENCIA DE DROGAS ILEGALES**. En esto estamos de acuerdo con la última Comisión que creó el gobierno británico, donde se concluye que: "El problema del SIDA y la Criminalidad deben tener mayor prioridad que el uso o abuso de drogas". Todavía en Puerto Rico no hemos despertado a esta realidad, a pesar de la alta prevalencia e incidencia del SIDA en la Isla, y a pesar de que en menos de 15 años ya han muerto 7.000 puertorriqueños víctima de esta terrible enfermedad.

Uno de los pocos visionarios que se han dejado sentir en nuestro país con relación a las drogas y la criminalidad fue el fenecido Juez Marco Rigau. El Juez Marco Rigau, en el caso de Pueblo vs. Tribunal Superior en el 1976, muy elocuentemente resume el estado de la **PROHIBICION** en Puerto Rico y sus posibles soluciones. Citamos a continuación del Estudio del Grupo Multidisciplinario sobre la Criminalidad, constituido en 1992 por el entonces Gobernador de Puerto Rico, Rafael Hernández Colón, con el propósito de generar una reflexión sobre la política pública prevalente en la Isla y sus resultados en afectar la prevalencia de la actividad delictiva en el país, dentro de la cual se incluye la cita del juez Rigau:

1. "La legislación actual sobre drogas prohibidas causa males peores que el mal que trata de curar. A pesar de que ni siquiera cura a aquél contra el cual va dirigida al prohibir absolutamente su venta y su uso, se obliga a sus consumidores a comprarla en el mercado negro, creando así un precio artificialmente alto. Esto hace que los adictos no puedan sufragar sus necesidades de esa clase con sus ingresos normales o con los de su familia y como el vicio les crea una compulsión irresistible se ven obligados a recurrir a formas ilegales para proveerse de los medios para la compra. Expresa, además, que es dudoso que esta legislación beneficie a los adictos al cuestionar que una sentencia de presidio sea menos perjudicial para un ser humano que el uso controlado, privado y pacífico de la droga, aunque ésta también le hace daño. Considera también que la población que sufre sus efectos ante los crímenes mencionados es la parte de la población que es inocente aunque no la utiliza.

2. La prohibición total de la droga creó el bajo mundo que opera dicha industria y, además la subsidia al mantener un precio irrazonablemente alto para dicho producto.

3. No puede sostenerse la razonabilidad de un castigo tan severo como el presidio que se impone a un adicto bajo la premisa de que se le quiere proteger.

4. El costo social y moral del sistema vigente es incalculable. Además de infringir condena de presidio al adicto, a su vez, se lleva la tragedia a sus hogares, ya que en el sistema se le hace imposible conseguir legalmente la dosis y lo obliga a delinquir.

5. El costo económico del propio sistema es inmenso. Como alternativa propongo un sistema sencillo mediante el cual el adicto pueda adquirir la droga, ya fuera mediante prescripción médica o mediante el despacho por las farmacias, previa la reglamentación al efecto."

Nuestra posición, luego de una profunda reflexión sobre este tema, es que a Puerto Rico le conviene explorar la adaptación a nuestras necesidades del Modelo de Salud Pública, para lidiar con el problema de las drogas. Este parece ser el único sistema que brinda la oportunidad de

salir de la encerrona de la fracasada "guerra contra las drogas". El Modelo de Salud Pública nos permite ser consistentes con la posición de que la dependencia de drogas es una enfermedad y no un crimen.

Es más difícil tratar una enfermedad cuando se criminaliza que cuando la normalizamos. La historia está llena de fracasos que comienzan con la criminalización de una enfermedad, especialmente en el área de la salud mental. Hoy día nos parece risible la forma como en épocas pasadas se criminalizó la lepra, obligando a los pacientes de aquel tiempo a vivir una vida de destierro y rechazo. En el mundo moderno se normalizó la lepra, al comenzar a verla como una enfermedad y no como un castigo de Dios.

Cuando normalizamos el problema de las drogas, el control y los recursos se le adjudican al sector de la salud en forma prioritaria. Cuando lo criminalizamos, el control y los recursos se le adjudican a las agencias policíacas, y de ley y orden.

El llamado es a los profesionales de la salud para que promuevan la opción de modelos que permitan la recuperación del terreno perdido con los modelos penalistas para manejar el problema de la dependencia de drogas ilegales, evitando la marginación excesiva del adicto a drogas.

Desgraciadamente hasta en este problema de la dependencia de drogas se refleja la condición de colonizado de algunos de los servidores públicos en Puerto Rico, al aceptar políticas norteamericanas sobre salud en forma acrítica. Una posición acrítica es aquella que promueve el copiar modelos y programas de los Estados Unidos sin pensar si los mismos se adaptan a las condiciones de nuestra población adicta.

Cuando la administración de Nixon promovió la Metadona como una opción en el tratamiento de la dependencia de heroína, lo aceptamos incondicionalmente. Cuando la administración del Presidente Carter promovió

la decriminalización de la marihuana, la administración gubernamental de aquel entonces la aceptó sin cuestionárselo. Luego, cuando la administración de Reagan propone la guerra contra las drogas y el énfasis en la penalización en vez del tratamiento, se aceptó sin reparos.

Finalmente, cuando la administración del Presidente Bush lanza la operación "Weed and Seed", o "zero tolerance", la administración del Gobierno de Roselló la adopta como "operación mano dura". A nuestro modo de ver, la operación mano dura es un refrito de la iniciativa "Weed and Seed" del Presidente Bush. Esta iniciativa ha tenido unas secuelas nefastas, tanto para los Estados Unidos como para Puerto Rico.

Las mismas son:

1. movilización de los puntos de drogas a otros lugares del país
2. violación de derechos civiles
3. aumento en los crímenes violentos
4. inflación del precio de la droga
5. militarización de un problema social
6. aumento de la intolerancia a la crítica de las acciones del Gobierno
7. falta de evaluación objetiva de las iniciativas del Gobierno
8. movilización de recursos del sector de tratamiento y otros servicios esenciales a la acción policíaca
9. politización de un problema de salud pública

En resumen, nuestra tesis es que el paradigma de "criminalización de una enfermedad" debe ser cambiado al paradigma de *normalización*. El paradigma de normalización define el problema de abuso de drogas, sean éstas legales o ilegales, como uno de salud pública en la comunidad, en vez de uno de tipo policíaco. A nuestro juicio, Holanda es el mejor modelo que recoge esta forma de ver este reto del abuso de drogas, y su impacto en la comunidad.

Holanda ha logrado descriminalizar la marihuana y tolerar el uso personal de hasta dos gramos de cocaína sin perseguir a los usuarios. Holanda tiene un amplio sistema de tratamiento con Metadona que incluye la opción de mantenimiento de por vida a los pacientes que así lo desean.

Contrario a lo que muchos esperaban, la teoría de que estas medidas iban a inundar a Holanda de adictos no se cumplió. Esta teoría del "imán" es uno de los argumentos favoritos de los acólitos del Modelo Prohibicionista cuando se les propone tratar el problema de la dependencia de drogas como uno de salud y no como uno penal. Argumentan los prohibicionistas que el "país se nos inundará de adictos si se despenalizan las drogas". La evidencia de que la teoría del imán no necesariamente es cierta la hemos experimentado en Holanda, que, a pesar de sus múltiples fronteras de fácil acceso, no ha experimentado grandes migraciones de adictos.

Nos parece que se avecina un cambio en paradigma con relación al problema de las drogas. Kuhn (1962) parece tener razón cuando dijo: "Cuando la sociedad continúa dando las mismas respuestas a un problema que no logra solucionarse, entonces estamos listos para un cambio paradigmático."

## REFERENCIAS

- Bayley, G.; (1989). *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*. Vol. 28(2) 151-162.
- Bravo, M.; G. Canino, and H. Bird 1987 El DIS en español: Su traducción y Adaptación en Puerto Rico. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 33:27-42.
- Canino, G.; Anthony, J.; Freeman D.; Shrout, P.; and Rubio, M. (1993). Drug Abuse and Illicit Drug Use in Puerto Rico. *American Journal of Public Health*, Vol. 83, No. 2.
- Canino, G.; H. Bird, P.E. Strout, M. Rubio-Stipec, M. Bravo, R. Martínez, M. Sesman, A. Guzmán, L.M. Guevara, and H. Costas (1987) The Spanish DIS: Reliability and Concordance with Clinical Diagnoses in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry* 44:720-726.
- Cohen, P. (1989). Cocaine Use in Amsterdam. Amsterdam, Instituut Voor Sociale Geografie. Universiteit Van Amsterdam.
- Cohen, P. (1990). Drugs as Social Constructs. Universiteit Van Amsterdam.
- Colón, H. (1987). Segundo informe. Banco de Datos Sobre la Población en Tratamiento por Abuso de Drogas. Departamento de Servicios Contra la Adicción.
- Coleman, P.; Davis, S.; (1978). Family therapy and drug abuse: A national survey. *Family Process*, 17, 21-29.
- Dole, V.P. and Nyswander, A. (1965) A Medical Treatment for Addicts.
- Erikson, P.; Adlaf, E.; Murray, G.; Smart, G. (1987). The Steel Drug. Cocaine in Perspective. Lexington Books, Toronto.
- García, M.; Colón, H. (1989) Estimación de la extensión del abuso de drogas en Puerto Rico. Instituto de Investigaciones. Departamento de Servicios Contra la Adicción.



