

## V. Problemas sociais

alcoholismo, otras adicciones y varias imposibilidades

Eduardo L. Menéndez  
Renée B. Di Pardo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

---

### 31. ALCOHOLISMO, OTRAS ADICCIONES Y VARIAS IMPOSIBILIDADES

*Eduardo L. Menéndez  
Renée B. Di Pardo*

Todos los datos indican el constante aumento de la producción y consumo de bebidas alcohólicas a nivel internacional, así como que el alcohol constituye la sustancia considerada adictiva –o, por lo menos, generadora de dependencia– de mayor consumo en los países de la región.

A nivel internacional, el alcohol constituye la ‘droga’ de mayor producción, consumo y sobre todo penetración, no sólo en comunidades en las que las bebidas alcohólicas han sido parte de sus formas de vida –como es el caso de la mayoría de los países europeos y americanos–, sino también respecto de sociedades asiáticas y africanas, caracterizadas, hasta principios de los años 50, por el bajo consumo (Cavanagh & Clairmonte, 1985; Moser, 1974).

Desde ese momento, la expansión ha sido constante y ha dado lugar al incremento de consecuencias en términos de salud física y mental, que condujeron tempranamente a reconocer al alcoholismo y al ‘abuso’ de bebidas alcohólicas, como uno de los principales problemas de salud mental a nivel latinoamericano –para varios especialistas mexicanos, el principal problema– y a proponer medidas que redujeran el impacto de esta problemática, tal como ocurrió a fines de la década del 50 y principios del 60 del siglo pasado.

Este reconocimiento se dio especialmente en términos de salud mental pero desde una visión salubrista, debido a que no sólo fue descripta epidemiológicamente sino que se propusieron acciones asistenciales y preventivas generadas especialmente por la escuela chilena de salud pública a partir de las concepciones de Marconi y Horowitz.

El aumento del consumo a nivel regional, expresado a través del incremento de sus consecuencias en términos de morbimortalidad, condujo, a partir de la década del 70, a que varios países propusieran programas especiales de los cuales destacamos el desarrollado por Costa Rica, caracterizado por la notable inversión en recursos materiales y humanos y por su continuidad, ya que mantuvo una intensidad sostenida durante 15 años aproximadamente.

Debemos señalar que el reconocimiento del impacto del consumo de alcohol y sus consecuencias se produjo básicamente desde la salud mental, y en un segundo nivel, en términos de cirrosis hepática, pero los programas se diseñaron casi exclusivamente desde el ángulo de la salud mental. Por ejemplo, no conocemos la existencia de ningún programa contra la cirrosis hepática, pese a la presencia significativa de este padecimiento en el perfil de mortalidad de varios países latinoamericanos. En la mayoría de los países de la región no se establecieron programas específicos salvo respecto de accidentes de transporte, pero sus actividades fueron escasas y discontinuas.

No obstante, durante la década del 70 y hasta la actualidad siguieron incrementándose la producción y el consumo de bebidas alcohólicas, así como la mayoría de sus consecuencias. Esto ocurrió no sólo en los países en los que no se formularon programas, o en los cuales las medidas fueron muy escasas, sino también en países como Chile, Costa Rica y México, en los cuales se aplicaron y/o aplican programas específicos. En 1986 se estableció en México un programa nacional contra el alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas que perdura hasta la actualidad, pero que no ha conseguido reducir ni alterar las consecuencias negativas de este consumo (Menéndez & Di Pardo, 2002; Secretaría de Salud, 1986a, 1986b).

## **EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA PRIORITARIO DE SALUD**

La importancia del consumo de bebidas alcohólicas reside en que sería la causa principal o complementaria, directa o indirecta, de toda una serie de padecimientos físicos y mentales que se han ido constituyendo en parte de las primeras causas de mortalidad en la mayoría de los países de la región, ya sea a nivel general o de ciertos grupos etarios en particular.

El consumo de alcohol aparece como la causa directa de cirrosis hepática, alcoholismo crónico y alcoholismo dependiente; pero además aparece como el factor más asociado a la mortalidad por violencias inter e intragénero. En varios países de América Latina, la cirrosis hepática alcanza las tasas más altas de mortalidad a nivel mundial, ya que Chile y México, junto con Portugal y Francia, se caracterizan por tener los valores más altos de mortalidad a través de una serie histórica de más de 50 años. Del mismo modo, el consumo de alcohol sería causa directa de determinados tipos de pancreatitis, cáncer de labio, lengua y otras partes del tubo digestivo así como del síndrome de alcoholismo fetal (Menéndez, 1990; Menéndez & Di Pardo, 2003, Organización Panamericana de la Salud, 1964, 1966, 1970, 1974, 1978, 1982, 1990, 1998; Secretaría de la Salud, 2001).

Una característica del consumo de alcohol es la de generar padecimientos que se asocian constantemente con otros en términos de comorbilidad y que adquieren expresiones muy diversas según sectores sociales y momentos históricos. La primera comorbilidad observada fue reconocida por epidemiólogos y demógrafos franceses a fines del siglo XIX y evidenciaba la asociación constante entre alcoholismo/desnutrición/tuberculosis broncopulmonar como una

unidad causa/efecto que constituía la principal causal de sobremortalidad masculina en el proletariado urbano de dicho país. La segunda asociación, propuesta también por estudiosos franceses a fines del siglo XIX, fue la establecida entre consumo de alcohol/violencia, en particular homicidios y agresiones físicas y referidas al conjunto de los estratos subalternos franceses.

En América Latina esta asociación y comorbilidad se expresaron especialmente a través de la relación entre cirrosis hepática y desnutrición, por ser la variable más válida al momento de explicar la alta tasa de mortalidad por cirrosis hepática en países como Chile y México. En este último, la cirrosis –y otras enfermedades hepáticas constituyen actualmente la quinta o sexta causa de mortalidad a nivel general, pero durante años fue la primera causa de muerte en varones de 45 a 64 años y la segunda en el grupo de 25 a 64. Su impacto ha sido referido especialmente no sólo a las clases más bajas del país sino en particular a la mayoría de los grupos indígenas (Di Pardo & Menéndez 2001b, Menéndez, 1988a, 1988b, 1990; Menéndez & Di Pardo, 1981, 2003; OPS, 1993; Secretaría de la Salud, 2001).

La asociación alcohol/desnutrición como causal de la letalidad de la cirrosis hepática fue propuesta para América Latina desde la década del 40 y se mantuvo como la principal explicación durante los años 50, 60 y 70, siendo una de las mayores evidencias de la situación de marginalidad y pobreza en que vivía gran parte de los sectores subalternos en varios países de la región. Esta explicación fue propuesta por especialistas en cirrosis hepática con orientación sanitarista, pero nos interesa subrayar que a partir de los años 70 se desarrolló una orientación básicamente clínica que redujo cada vez más el papel del alcohol y de la desnutrición en la génesis de esta enfermedad (Dajer et al., 1978).

Por otra parte, a partir de la década del 80 se redescubren ciertos aspectos que ya habían sido observados a principios del siglo XX por la clínica psiquiátrica: nos referimos a la comorbilidad observada entre padecimientos mentales; en nuestro caso la asociación entre alcoholismo y depresión, entre alcoholismo y esquizofrenia o entre alcoholismo y enfermedad bipolar, de tal manera que el alcoholismo aparece vinculado y articulado con las principales causas de enfermedad mental y, especialmente, con determinados cuadros de psicosis.

Durante los años 70, pero sobre todo a partir de los 80, se observa una asociación que se incrementa constantemente hasta convertirse en una de las principales pautas de consumo, desarrollada primero en sectores sociales medios y altos, y luego expandida a sectores populares. Dicha pauta consiste en el consumo simultáneo de varias drogas ‘ilegales’ y alcohol, que en la actualidad alcanza su principal expresión en la producción y consumo de comprimidos constituidos por varias sustancias adictivas y no adictivas que suelen ingerirse con un trago de alcohol, lo que en México se denomina ‘tachas’. Este tipo de consumo, que se observa sobre todo en sectores juveniles, acelera el efecto de las sustancias ingeridas, ya que ‘colocan’ más rápidamente al sujeto que las consume y simultáneamente potencian el desarrollo de varios problemas de salud.

Pero esta asociación múltiple de sustancias adictivas no es nueva; ahora que estamos entrando en un mundo 'sin tabaco' a partir de las conclusiones y propuestas surgidas de la investigación biomédica y de la presión de organismos internacionales –especialmente de la Organización Mundial de la Salud–, debemos recordar que desde fines del siglo XIX se organiza un modo de consumo urbano, especialmente en países europeos y americanos, en los varones del conjunto de las clases sociales y especialmente de los estratos subalternos, caracterizado por integrar alcohol, tabaco y café. Según los análisis actuales, dichas sustancias no sólo tendrían condiciones adictivas sino que también habrían potenciado el desarrollo de ciertos tipos de padecimientos que han constituido dos de las principales causas de mortalidad en varones en edad productiva desde fines del siglo XIX hasta la actualidad: nos referimos a la cirrosis hepática y al cáncer pulmonar. Dichas sustancias habrían potenciado además, el desarrollo de otros tipos de problemas de salud.

Desde nuestra perspectiva el consumo de alcohol presenta una dualidad sumamente interesante, ya que puede generar cirrosis hepática o alcoholismo dependiente en quien consume, pero también consecuencias de gravedad muy diferente en sujetos y grupos que no consumen o lo hacen moderadamente, como puede observarse sobre todo a través de la morbimortalidad por 'violencias'. La asociación entre consumo de bebidas alcohólicas y accidentes de tránsito está suficientemente demostrada a nivel internacional. La duda gira en torno al porcentaje de accidentados que puede vincularse a los accidentes ocurridos. El consumo de alcohol y su papel en la incidencia de accidentes en jóvenes es un problema en aumento a nivel mundial, pasando a constituir en la actualidad una de las primeras causas de muerte en jóvenes de 15 a 24 años en varios países latinoamericanos.

Como sabemos, en los accidentes no sólo puede lesionarse o morir quien conduce, alcoholizado o no, sino también las personas que viajan junto con el conductor y que también pueden o no estar alcoholizadas, así como personas que viajan en otro vehículo o transeúntes que son atropellados, y que también pueden o no estar alcoholizados. Una de las consecuencias más notorias de los accidentes de tránsito graves, es la secuela de invalideces que genera. Éstas han sido estimadas de maneras muy diversas, según las cuales todo accidente grave dejaría entre 6 y 15 personas con secuelas de invalidez. Por esta razón, nos interesa subrayar el incremento de estas consecuencias especialmente en personas jóvenes (Tapia, 1994).

Una segunda asociación de este tipo es la que se observa entre consumo de alcohol y diferentes expresiones de la agresividad. El consumo de alcohol aparece frecuentemente asociado a suicidios, pero también a agresiones dirigidas hacia otras personas en cuanto a lesiones y homicidios. El sujeto alcoholizado no sólo puede dañarse a sí mismo sino también a otras personas y grupos. En términos de homicidio, el agresor y la víctima pertenecen generalmente al sexo masculino, pero en términos de lesiones, el golpeador es frecuentemente varón y la agredida, mujer, constituyendo la violencia alcoholizada uno de los principales instrumentos de violencia antifemenina, por lo menos en México. Por otra parte, se ha ido evidenciando que el consumo de alcohol acompaña frecuentemente la violencia de la mujer hacia sus hijos, así

como las violencias entre diferentes miembros del grupo familiar. Toda una serie de episodios codificados como ‘accidentes en el hogar’ suelen ser efectivamente accidentes, como ocurre en el caso de ancianos que viven solos y que frecuentemente están alcoholizados; pero en otros casos, el evento no constituye un ‘accidente’ sino que encubre una agresión familiar que es consignada en los servicios médicos como accidente y que frecuentemente está asociada al consumo de alcohol (Menéndez & Di Pardo, 2001, 2002).

Subrayamos que estas asociaciones no las proponemos en términos de causalidad. No estamos afirmando que el consumo de bebidas alcohólicas sea la causa de los homicidios entre varones o de la violencia contra mujeres, sino que señalamos que el consumo de bebidas alcohólicas constituye el factor más asociado – más que ningún otro – a dichas conductas violentas. Algunos autores señalan atinadamente que el alcohol no es la causa de estas conductas; lo sabemos con precisión desde la publicación del notable estudio de Mac Andrew y Edger-ton (1969), pero la mayoría plantea la cuestión de modo que el uso y consumo de alcohol quedan excluidos del proceso que caracteriza a las violencias. Para nosotros, la cuestión decisiva no es tanto de tipo etiológico, pensada en términos de una causalidad mecánica y unilateral, sino explicar por qué el alcohol es la sustancia que entre nosotros –y subrayamos ‘entre nosotros’– más se relaciona con actos de violencia hacia otros y hacia nosotros mismos. ¿Qué papel y significación damos los sujetos y grupos sociales a la relación violencia/alcohol para que su asociación sea tan frecuente y constante?

Es casi seguro que determinados tipos de agresiones entre varones, y entre varones y mujeres, ocurrirían igual sin la necesidad de consumir alcohol, pero el problema radica en explicar por qué tantos actos de violencia necesitan ser acompañados por el consumo de alcohol; por qué tantas mujeres describen al alcohol como la sustancia que casi inevitablemente acompaña las violencias de sus parejas hacia ellas (Di Pardo & Menéndez, 2002, Menéndez & Di Pardo, 2003).

Desde la perspectiva señalada, el consumo de bebidas alcohólicas, asociado o no con violencias, aparece como un síntoma, como un indicador o como un componente frecuente del tipo de relaciones constituidas en el interior de los microgrupos y especialmente de los grupos familiares. En términos reales o imaginarios, el alcohol sería un instrumento utilizado en las violencias intrafamiliares ejercidas respecto de la mujer y los hijos. El consumo de alcohol acompaña una parte de las violaciones entre padres e hijos (padre/hija; madre/hijo), pero también entre otros miembros de los grupos familiares (tíos/sobrinos; abuelos/nietos), así como las violencias que se desarrollan entre vecinos y conocidos, ya que –como sabemos– el mayor número y frecuencia de hechos de violencia se da entre personas vinculadas entre sí por relaciones familiares y comunitarias cercanas.

Pero en tanto el consumo de alcohol aparece relacionado con ciertas características agresivas de la sexualidad, emerge también como un factor vinculado a ‘desobligaciones’ sexuales, especialmente por parte del varón, que se expresan en el ‘alcoholismo de fin de semana’ que

permite al hombre autoexcluirse de tener relaciones sexuales con su mujer. A su vez, el alcohol aparece como una sustancia vinculada a las infidelidades masculinas y femeninas; la celotipia característica de ciertos cuadros psiquiátricos de alcoholismo –sobre todo masculino– expresa en términos diagnósticos un factor que interviene frecuentemente en las relaciones entre hombres y mujeres, según el cual el alcoholismo del varón incrementa la celotipia, pero a su vez, el alcoholismo de la mujer puede aparecer ante el varón como un factor que evidencia la ‘facilidad’ sexual de la mujer que la hace proclive a las infidelidades. Más allá de sus expresiones en la realidad, el consumo de alcohol emerge en el imaginario familiar como una suerte de sintetizador y disparador de relaciones familiares conflictivas que potencian las violencias en el interior de las mismas.

El alcoholismo daría lugar al desarrollo de un proceso que comienza a ser reconocido en la década del 60, primero justamente en función de las consecuencias del consumo de alcohol y luego referido a toda una variedad de padecimientos. Nos referimos a lo que se denomina co-dependencia, es decir, el reconocimiento de que al desencadenarse un padecimiento como el alcoholismo, uno o más miembros del grupo familiar –también puede serlo un amigo–, comienzan a desarrollar conductas de acompañamiento, protección, solapamiento a través de las cuales no sólo se potencia aún más el padecimiento del sujeto alcoholizado, sino que la persona que acompaña la enfermedad va adquiriendo características de la misma, va desarrollando sufrimientos que lo convierten en un co-enfermo. En el caso del alcoholismo, este proceso se traduce en la frecuencia con que la mujer adquiere el hábito alcohólico a través de su pareja masculina por muy diversas razones.

Queremos subrayar que los padecimientos y procesos señalados se caracterizan por ser algunos de los que presentan mayores subregistros en términos epidemiológicos, lo cual en principio quiere decir que el consumo de alcohol y sus consecuencias son mucho más extendidos y graves que lo que nos indican las estadísticas oficiales.

Este subregistro no sólo opera sobre las consecuencias, sino también en la producción y consumo de bebidas alcohólicas; en México se calcula que la producción clandestina genera por lo menos el 50% del alcohol consumido en el país. En el caso de las consecuencias, todos sabemos que la mayoría de ellas, relacionadas con violencia –especialmente violencias intrafamiliares e intergrupales–, escapa a la detección y sobre todo a la codificación médica, pero incluso una de las que menos debería escapar, como es la mortalidad por cirrosis hepática constituye en México una suerte de misterio estadístico: pese a que desde la década del 50 el consumo *per capita* de bebidas alcohólicas se incrementó constantemente, la tasa de mortalidad por cirrosis hepática permanece más o menos igual a sí misma con un leve aumento en los últimos 10 años. Es importante consignar que su significación va siendo desplazada por la mortalidad por hepatitis C.

El consumo de alcohol y sus consecuencias han sido considerados una problemática de género, ya que no sólo constituyen una de las primeras causas de mortalidad en varones en

edad productiva a nivel de la mayoría de los países americanos, sino que para muchos especialistas, también es la principal causal de sobremortalidad masculina. Según nuestro análisis, las causas directas e indirectas relacionadas con el consumo de alcohol constituyen la primera causa de muerte en varones en edad productiva en México (Menéndez, 1990; Menéndez & Di Pardo, 2002).

Pero, además, desde la década del 60 se observa en un país como Francia (Costamagna, 1981; Membrado, 1994) y desde los 80 en varios países americanos, un aumento sostenido del consumo de alcohol en mujeres que conduce a que la tasa de mortalidad por cirrosis hepática trepe en algunos grupos etarios a las primeras 10 causas de mortalidad. Un proceso similar, aunque con otras características, se observa respecto del consumo de alcohol y su asociación con mortalidad por violencia en jóvenes de ambos sexos a edades cada vez más tempranas (Eber, 1995; Elú de Leñero, 1985, 1988; Finkler, 1994; Hartman, 1992; Langer & Tolbert, 1996; Menéndez & Di Pardo, 2003; Tapia, 1994).

Nos interesa subrayar que gran parte de las consecuencias directas e indirectas resultantes del consumo y uso de bebidas alcohólicas sigue incrementándose en términos de morbimortalidad y de otro tipo de daños a nivel individual y colectivo, y que las acciones del sector Salud, excepto en algunos países en el capítulo de accidentes en la vía pública, no generan una reducción del impacto de este consumo en la salud de la población.

## ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES

Desde nuestra perspectiva hay un aspecto que nos interesa señalar porque en gran medida evidencia las orientaciones no sólo del sector Salud sino del Estado hacia el consumo de alcohol y sus consecuencias. Nos referimos a la actitud diferencial que existe por parte de este sector hacia el alcohol –y hasta hace muy poco hacia el tabaco– comparada con la actitud hacia el conjunto de las drogas consideradas ilegales.

El alcohol, junto con el tabaco, sería la única sustancia vinculada a la farmacodependencia que tiene un estatus de legalidad, es decir que no está prohibida. Sin embargo, en términos médicos, el alcohol no sólo genera dependencia, sino que es una de las drogas más ‘duras’ en función del tipo de dependencia que genera y de sus consecuencias en cuanto a morbimortalidad.

Si bien no todo bebedor excesivo y dependiente contrae cirrosis hepática y si bien no todo cirrótico es un bebedor dependiente, un alto porcentaje de ellos sí lo es, de manera tal que la cirrosis hepática constituye un indicador indirecto de bebedor excesivo y/o dependiente y, sobre todo, una de las principales evidencias de la ‘dureza’ de esta sustancia. Para muchos clínicos constituiría la principal evidencia de dependencia, dado que frecuentemente un sujeto que sabe que tiene cirrosis suele negar su alcoholismo, y por lo común sigue bebiendo aun sabiendo que puede morir, ya que el consumo de alcohol acelerará la muerte en la mayoría de los casos (Menéndez & Di Pardo, 2002).



En nuestro análisis, debemos asumir que la discusión médica sobre la categoría diagnóstica ‘dependencia’ se constituyó en torno a las drogas en general, pero especialmente en torno al alcohol durante los años 40 y 50 del siglo pasado. Esto fue así por una razón muy sencilla: el alcohol era y sigue siendo la sustancia potencialmente adictiva más consumida en los países en los cuales se dio esta discusión, que fueron los países europeos de mayor desarrollo económico junto con EE.UU. En el conjunto de esos países, en la década del 60 y también en la actualidad, la droga más consumida, la que genera más cuadros de dependencia y la más asociada a mortalidad – y en países como EE.UU., a la criminalidad– sigue siendo el alcohol. Fue en las investigaciones clínicas y epidemiológicas desarrolladas en esos países que se constituyeron las categorías biomédicas referidas a la dependencia que posibilitaron definir al alcoholismo como una enfermedad (Edward & Arif, 1981; Grup Igia, 2000, 2001; Menéndez, 1990; O’Hare et al., 1995; Tapia, 1994).

Es decir que desde la perspectiva biomédica clínica y salubrista, el consumo de alcohol puede generar dependencia; de hecho, a partir de los años 60 el término ‘alcoholdependiente’ fue reemplazando al de alcohólico. Si bien en términos bioquímicos y biomédicos hay diferencias entre el alcohol y otras drogas adictivas, debemos subrayar que a partir de los años 50 y sobre todo, de los 60, la biomedicina consideró que todas esas drogas –incluido el alcohol– generan dependencias. Esta es una propuesta que surge básicamente de los clínicos británicos y norteamericanos, pero que fue refrendada por los estudios epidemiológicos que a partir de los años 60 y 70 utilizaron criterios de frecuencia y cantidad para establecer porcentaje de bebedores patológicos y no patológicos, incluyendo bebedores dependientes. Debemos subrayar que en la mayoría de los países de América Latina en los cuales se aplica este tipo de encuestas, el alcohol y el tabaco siguen constituyendo no sólo las sustancias de mayor consumo; el alcohol sigue evidenciando mayor número de sujetos dependientes, por lo menos en términos epidemiológicos, tal como lo evidencian las diversas encuestas epidemiológicas realizadas en México a nivel nacional sobre alcohol, drogas y medicamentos entre 1990 y 1998. Más aún, durante varios años de las décadas del 80 y del 90, el síndrome de dependencia alcohólica estuvo entre las primeras 20 causas de muerte en México, lo que no ocurre con ninguna otra droga.

Pese a este reconocimiento médico clínico y epidemiológico, el conjunto de las drogas consideradas como generadoras de dependencia son ilegales, excepto el alcohol y el tabaco. La cuestión que estamos proponiendo no refiere por lo tanto a si el alcohol, la marihuana o la cocaína son o no sustancias adictivas y/o si generan daños a la salud según las ciencias médicas, pues ello aparece explícitamente reconocido por la biomedicina. El problema es por qué, a partir de los mismos criterios médicos, determinadas sustancias son consideradas ilegales y otras no por parte del Estado y del sector Salud, dado que los principales criterios para determinar la ilegalidad y prohibición son biomédicos. La no inclusión del alcohol y hasta ahora del tabaco en la ilegalidad otorga un estatus muy especial a estas sustancias, ya que mientras la prohibición de las otras drogas se basa en criterios médicos, la legalidad del alcohol y del tabaco no está fundamentada en ellos. De continuar el proceso actual, la excepcionalidad de las

bebidas alcohólicas se hará aún más notoria dado que todo indica –utilizando una vez más criterios médicos– que entramos en una etapa en que el consumo, y en menor medida la producción de tabaco, tienden a ser ilegalizados por lo menos en algunos países.

Antes de continuar con nuestro análisis, queremos señalar expresamente que estamos en contra de la ilegalización y prohibición de sustancias que generarían supuestamente dependencia, por varias razones, entre las cuales destacamos tres. La primera, porque es muy difícil y para algunos especialistas imposible, establecer una delimitación precisa respecto de cuándo el consumo de una sustancia debe ser prohibido o regulado dada su nocividad para la salud de la población. No cabe duda de que el consumo de azúcar afecta la salud de los diabéticos, de modo que si éstos no dejan de consumirla, aceleran su proceso de enfermedad, discapacidad y muerte; y estamos hablando de uno de los padecimientos que incrementa su tasa de mortalidad en la región convirtiéndose en una de las primeras causas de muerte a nivel general, especialmente en mujeres (OPS, 1998; Secretaría de Salud, 2001). Si aplicamos algunos de los criterios a través de los cuales las drogas son declaradas ilegales, tendríamos que prohibir el consumo de azúcar o, por lo menos, regular su producción, adquisición y consumo. Y lo mismo debería ocurrir respecto de las carnes rojas, de los pescados ahumados o de determinados productos lácteos. Entonces, ¿por qué sustancias que dañan la salud y constituyen factores de riesgo para algunas de las primeras causas de mortalidad, no solo no son declaradas ilegales sino que no se impulsan medidas de control ni restricción, excepto recomendaciones médicas en términos clínicos y preventivos?

La segunda razón refiere a cuáles serían los criterios biomédicos para establecer el control, prohibición o permisividad del consumo de una sustancia, se llame carnes rojas, alcohol o marihuana. Mientras en el caso de las carnes rojas los criterios aplicados a cada paciente serán clínicos y propuestas preventivas de alto nivel de generalidad referidas a los grupos de riesgo, en el caso del alcohol, también serán criterios clínicos y epidemiológicos los que se apliquen a nivel individual y colectivo. Pero en ambos casos, no se establecería prohibición ni control de la producción y el consumo, ni siquiera respecto de los sujetos diagnosticados como enfermos e incluso dependientes, como ocurre en el caso del alcoholismo.

Por su parte, en el caso de la marihuana no se aplica ninguno de los criterios anteriores, sino que se decide su ilegalidad a partir de considerar que es una sustancia que genera dependencia y ello pese a ser una droga muy blanda en términos de morbimortalidad comparada no sólo con el alcohol sino también con las carnes rojas. Podría argumentarse que en términos biomédicos las carnes rojas no generan dependencia y la marihuana sí; lo que implicaría reconocer que, según los mismos criterios biomédicos, el alcohol también puede generar dependencia y sin embargo no es declarado ilegal. Más aún, desde el sector Salud se proponen medidas para el caso del alcohol que establecen un consumo considerado nocivo pero también indicadores de consumo moderado e inclusive sano, mientras que en el caso de la marihuana todo consumo –salvo en unos pocos países– es considerado nocivo, aún teniendo consecuencias en términos de morbilidad pero sobre todo de mortalidad mucho menores que el consumo de alcohol dependiente y no dependiente.

La tercera razón refiere a la categoría ‘dependencia’, que integra una compleja articulación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que han sido aplicados cada vez con mayor frecuencia a una gran cantidad de sustancias, productos y sujetos. Esto ha dado lugar a una verdadera ‘explosión’ de ‘dependencias’ por la cual casi cualquier proceso puede llegar a generarla (dependencia del sexo, dependencia del juego, dependencia de Internet, dependencia del trabajo, etcétera), de modo que la dependencia deviene un concepto de muy difícil precisión, cuyos indicadores refieren casi indefectiblemente a criterios sociales, dando lugar a una utilización aparentemente arbitraria de esta categoría, ya que según diversos autores favorecería su utilización en términos de control social e ideológico.

Esta definición y su uso se complican si asumimos que por lo menos parte de las dependencias –biológica, psicológica, social y cultural– involucran procesos no sólo frecuentes y normalizados socialmente, sino también necesarios para el desarrollo psicológico y social de sujetos y grupos. Y evidencia, además, que la dependencia de una droga es decisiva para la posibilidad de supervivencia de ciertos enfermos, por ejemplo diabéticos que se convierten necesariamente en insulino dependientes o que la dependencia en la relación padres-hijos constituye un proceso necesario para el desarrollo y maduración del niño. Pero estos, son aspectos que no vamos a desarrollar, pese a ser decisivos para la discusión de determinados aspectos centrales de la adicción y de la dependencia.

De aplicar técnicamente los criterios biomédicos de dependencia y/o de consecuencias para la salud –tanto en términos clínicos como epidemiológicos–, toda una serie de sustancias y productos deberían ser considerados ilegales o por lo menos deberían ser controlados, como lo acabamos de observar. En cierta medida, esto los convertiría en fármacos a ser recetados y controlados exclusivamente por el sector Salud, como de hecho ocurre con las sustancias alternativas al consumo de drogas ilegales en ciertos países, y cuyo modelo es la methadona respecto de la heroína. O como ocurre con la marihuana en la medida en que sea recetada por médicos para determinados padecimientos (Grup Igia, 2000; O’Hare, 1995).

Lo que estamos señalando puede parecer absurdo o arbitrario, ya que es evidente la contradicción en la que cae especialmente el sector Salud cuando utiliza los mismos criterios biomédicos –“genera dependencia”– para considerar simultáneamente determinadas sustancias como legales y otras como ilegales. Esta distinción surge como resultado de la aplicación de dichos criterios a ciertas sustancias, que por eso pasan a convertirse en ‘drogas’, mientras que a otras, como es el caso del alcohol, no se le aplican, aun cuando se reconoce que en términos médicos, ambas pueden generar adicción.

Más allá de que estemos de acuerdo con los criterios biomédicos de ‘dependencia’ –fuertemente cuestionados desde la década del 60 (Conrad y Schneider, 1980; Douglas, 1970; Edward & Arif, 1981; Menéndez, 1990)–, reconocemos que a nivel teórico la investigación y el trabajo biomédicos son coherentes consigo mismos al señalar en todas en estas sustancias componentes adictivos que pueden afectar la salud de sujetos y grupos.

La contradicción opera a nivel del sector Salud y de sus instituciones específicas –en el caso de México, el Conadic (Consejo Nacional contra las Adicciones)– ya que a partir de estos criterios biomédicos se acepta la existencia de criterios de legalidad/ilegalidad diferenciales. Por lo tanto es el tipo de orientación –política e ideológica– que se da a los criterios técnicos, lo que determina la legalidad o la prohibición de estas sustancias y no los criterios biomédicos en sí.

A partir de nuestro análisis, cuando observamos que la ilegalidad y la prohibición de determinadas sustancias no han reducido su producción y consumo y que, por el contrario, se han incrementado las consecuencias negativas de por lo menos algunas de estas drogas, debemos considerar que la arbitrariedad o lo absurdo dejan de serlo para remitir a otra lógica política y social. El desarrollo del narcotráfico y sus consecuencias sobre la mortalidad por homicidios están directamente relacionados con la ilegalización de la producción y el consumo de drogas, los cuales sabemos que inevitablemente se desarrollarán, como ocurrió con la prohibición de la producción y consumo de bebidas alcohólicas en la década del 20 y no sólo en los EE.UU. En ese país, especialmente, tuvieron lugar la criminalización de la producción y venta del consumo de alcohol, un incremento de la corrupción del aparato jurídico y policial y el desarrollo de la producción y consumo de bebidas adulteradas, clandestinas y contrabandeadas.

Pero además, las políticas prohibicionistas agudizaron ciertos procesos de desigualdad social y sobre todo de estigmatización, dado que la criminalización y corrupción operaron especialmente en los estratos sociales subalternos. De manera que la mayoría de las personas que mueren o son detenidas por delitos contra la salud son generalmente jóvenes pertenecientes a dichos estratos sociales. La criminalización, la corrupción y la violencia organizadas en los años 20 en torno al alcohol y en las últimas décadas en torno a las drogas ilegales, referirán en la imagen pública cada vez más a determinados sectores subalternos contribuyendo a incrementar la estigmatización hacia los mismos, ya que los sectores más marginados aparecen como los encargados del tráfico y consumo más violento. Pero no sólo contribuye a la estigmatización de dichos grupos, sino que favorece aún más los procesos de desigualdad social sobre todo en los contextos dominados por la extrema pobreza (Di Pardo & Menéndez, 2001a, 2001b; Massé, 1995, Menéndez & Di Pardo, 2001, 2002).

La legalización de la producción y el consumo de las drogas consideradas ilícitas en la actualidad, igual que la legalización de la producción y el consumo de alcohol en la década del 30, posibilitaría la reducción notoria de la mayoría de los procesos señalados. Esto no impide asumir sin embargo, que dicha legalización no sólo no elimina todas las consecuencias negativas, sino que incluso puede incrementar algunas, comenzando por la producción y el consumo legal de dichas sustancias. En el caso del alcohol, se incrementó la mortalidad por cirrosis hepática luego de que EE.UU. y varios países europeos eliminaran las leyes prohibitivas o semiprohibitivas con respecto a la producción y el consumo de dicha sustancia. Esta situación debe ser asumida y debe ser balanceada no sólo para no crear falsas expectativas de algo así como la erradicación absoluta y definitiva de las consecuencias negativas, sino, sobre todo, para asumir dichos consumos como procesos sociales cotidianos que pueden llegar a tener

ciertos efectos negativos para la salud de individuos y grupos, pero que siempre serán mucho menores que los generados por la ilegalización y prohibición, como está claramente evidenciado a través de lo ocurrido con la prohibición y ulterior legalización de las bebidas alcohólicas.

## **DE SILENCIOS BIOMÉDICOS Y DE NEGACIONES GENÉRICAS**

Si bien una parte de la biomedicina e inclusive del sector Salud en México reconoce algunos de los aspectos señalados, la mayoría de los especialistas y particularmente las autoridades sanitarias tienden a desconocer y/o convalidar el estatus diferencial actual respecto de las drogas y el alcohol. El primer aspecto por señalar es que, más allá de que haya personal de salud y grupos organizados que cuestionan la ilegalidad de las drogas consideradas adictivas, la mayoría de las corporaciones médicas y el sector Salud convalidan su ilegalización y la legalización de las bebidas alcohólicas, pese a que como observamos, contradicen las definiciones biomédicas (clínicas y epidemiológicas) de ambos tipos de sustancias.

En la práctica, la actitud de los funcionarios del sector Salud y el silencio de los especialistas en la mayoría de los países de la región convalidan las decisiones políticas sobre la prohibición/legalidad diferenciales sin que las autoridades técnicas del sector discutan dichas decisiones políticas, bien por el contrario validándolas. Junto a éste, el segundo hecho relevante por destacar es que la problemática del consumo de alcohol es propuesta básicamente como un problema de salud mental y no como lo que realmente es: un problema de salud mental y física caracterizado por sus graves y frecuentes consecuencias en términos de mortalidad.

Pero debemos aclarar que el alcoholismo en términos de salud mental también tiende a ser relegado, ocultado o directamente banalizado por parte del sector Salud, que no sólo no invierte recursos en esta dimensión del proceso salud/enfermedad/atención, sino que su escasa inversión contrasta brutalmente –y usamos esta palabra expresamente– con los recursos que el Estado invierte, por ejemplo en el caso de México, en la lucha contra el narcotráfico. En esta orientación, como sabemos, el modelo es EE.UU. país que invierte el 93% de los recursos destinados a las adicciones en actividades de represión y control. Pero esta relegación no sólo se da en la práctica, sino también desde el discurso del sector Salud que en general cuando habla de ‘dependencias’, adicciones y sus consecuencias, sólo habla de drogas ilegales, connotándolas constantemente como el enemigo por erradicar, excluyendo el alcohol de su discurso.

Otro aspecto que evidencia la secundarización del papel del consumo de alcohol, es su omisión como medio que posibilita las relaciones sexuales sin protección. El consumo, asociado o no a otras sustancias, posibilitaría, sobre todo en ciertos contextos juveniles, las relaciones sexuales más o menos espontáneas sin protección. Esta posibilidad no es incluida o sólo es considerada en forma secundaria en las campañas preventivas y casi no ha sido objeto de investigaciones específicas en la mayoría de nuestros países. Debemos subrayar que este proce-

so afecta tanto a las relaciones heterosexuales como a las homosexuales y también a los diferentes grupos etarios (Bolton & Singer, 1992, Bolton et al., 1992; Lara, 2003; Menéndez & Di Pardo, 2001, 2002).

Algunos especialistas han señalado que parte de estas negaciones, exclusiones y olvidos obedece a presiones de tipo económico e incluso político, lo que se puede observar a través de los propios testimonios médicos (Menéndez & Di Pardo, 1996, 2002) pero también de lo ocurrido a principios de la década del 80 con el Informe sobre producción y consumo de alcohol realizado por la OMS, y a nivel regional, por la UNCTAD (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Consumo y Desarrollo) como expresión paradigmática. Este estudio nunca fue publicado por la presión de la industria alcoholera sobre los gobiernos respectivos para que la OMS no sacara a relucir datos que evidenciaban no sólo un incremento sostenido de la producción, consumo y consecuencias negativas de las bebidas alcohólicas en todos los contextos descriptos y analizados, sino su papel en la emergencia de consecuencias negativas para la salud en contextos donde antes de la década del 50 no se registraba este tipo de problemas sanitarios.

Sin embargo, consideramos que no sólo la presión de la industria alcoholera opera en el sentido de la omisión de información sobre producción, consumo y consecuencias de la ingesta de bebidas alcohólicas, también contribuyen a su secundarización, grupos y sectores sociales de muy diferente índole, entre los que incluimos la tendencia biomédica a no tratar este tipo de problemas y a excluir al sujeto que atraviesa dificultades con el alcohol de los tres niveles de atención, tal como lo hemos demostrado para el caso de México, pero que constituye una tendencia biomédica generalizada (Menéndez & Di Pardo, 1996, 2002). En este trabajo no vamos a desarrollar este aspecto que venimos estudiando desde principios de los 80 y al que consideramos uno de los principales factores que inciden en este proceso de secundarización y exclusión de la cuestión alcohólica.

No sólo la biomedicina contribuye en forma notoria a este proceso, podemos afirmar con bastante seguridad que también lo hacen las ciencias sociales y antropológicas, por lo menos en la región. Hemos realizado una búsqueda intensa de bibliografía sobre esta problemática que dio lugar a varios aportes sistemáticos a nivel latinoamericano, de los cuales hasta ahora sólo se publicó un texto referido a la producción generada entre 1930 y 1979 para América Latina (Menéndez, 1988c).

Esta omisión o secundarización se observa en muy diversos campos (estudios sobre grupos étnicos, salud de los trabajadores, culturas juveniles, etcétera), pero se detecta particularmente en los estudios de género dedicados a la salud y especialmente a la salud reproductiva, que prácticamente excluyen el consumo de alcohol de sus investigaciones y reflexiones e incluso de sus acciones en el caso de los grupos vinculados a la acción como lo hemos demostrado en un reciente estudio aún no publicado (Di Pardo & Menéndez, 2003; ver también Gómez, 1993, Langer & Tolbert, 1996). Este proceso es particularmente interesante en el caso de los

estudios de género masculino que si bien tienen escaso desarrollo en la región, se caracterizan –salvo excepciones– por no describir ni analizar el rol del consumo y uso de alcohol en relación a las consecuencias para la salud, esperanza y calidad de vida, ni tampoco en lo que respecta a la identidad de género.

Pero en el caso de los estudios de género femenino, que constituyen la inmensa mayoría de los estudios de género en la región y además dedican a la salud una parte significativa, observamos que también excluyen la temática del alcohol. Esto resulta sumamente interesante dado que toda una serie de aspectos relacionados con el consumo de alcohol estaría afectando la salud de la mujer, tales son el incremento del consumo de bebidas alcohólicas y de la mortalidad por cirrosis hepática, el desarrollo de síndromes de alcoholismo fetal en los hijos y sobre todo el desarrollo de una multiplicidad de violencias en las cuales el alcohol está presente, especialmente en las violencias intrafamiliares que, como sabemos, aparecen como uno de los rubros más reconocidos por este tipo de estudios (Di Pardo & Menéndez, 2002).

## **LAS POLÍTICAS ACTUALES**

El hecho de que en la mayoría de los países latinoamericanos no existan programas específicos y se realicen escasas actividades no quiere decir que no haya políticas antialcohólicas. Desde una perspectiva sintética podemos señalar que existen cinco orientaciones principales respecto de las adicciones, incluido el alcoholismo.

Para el conjunto de las drogas consideradas adictivas, con excepción del alcohol y del tabaco, la política establecida es la de la ilegalidad lisa y llana, por lo menos en términos formales. No vamos a analizar lo que ocurre en la práctica con estas prohibiciones, el único aspecto por subrayar es la ineficacia de esta política para reducir la producción, el consumo y la mayoría de las consecuencias negativas.

En el caso del consumo de alcohol y tabaco, pero sobre todo respecto del primero, se aplican medidas que, en términos formales, pretenden reducir la accesibilidad y la disponibilidad de las bebidas alcohólicas. No se proponen restricciones respecto de la producción y distribución de bebidas, sólo sobre su venta y consumo. Éstas afectan a horarios, edades, puntos de venta y actividades similares en el intento de limitar el consumo de la población en general y sobre todo de ciertos grupos considerados de riesgo. Los códigos sanitarios establecen medidas y controles sobre la publicidad de las bebidas alcohólicas con objetivos similares. Existe además, la prohibición de producir y vender bebidas adulteradas, falsificadas o pirateadas, pero estas medidas son inoperantes, tal como ocurre en el caso de la accesibilidad y la disponibilidad. En la mayoría de los países de la región sigue produciéndose y vendiéndose alcohol clandestino y no clandestino a diferentes horas sin que se obstaculice realmente la accesibilidad y la disponibilidad de las bebidas alcohólicas.

Las medidas señaladas tendrían por objetivo no prohibir la producción y el consumo, sino promover o por lo menos favorecer un consumo moderado de bebidas alcohólicas. La moderación aparece como la principal alternativa a la prohibición en términos de política sanitaria, propiciada no sólo por el sector Salud sino por una parte de la industria alcoholera.

Esta propuesta está basada en parte en lo que se denomina el 'modelo sociocultural de consumo' que, más allá de generar moderación, posibilitaría un consumo integrado socialmente que reduciría una parte de sus consecuencias. Hoy sabemos que, generalmente, lo que promueve es un consumo más bien excesivo; los países con mayor consumo integrado son los que tienen mayor consumo *per capita* de bebidas alcohólicas y si bien se observa la limitación o reducción de determinadas consecuencias, no pueden evitar o reducir otras.

En términos técnicos una de las principales cuestiones radica en precisar qué es lo que se considera 'consumo moderado', dado que el volumen y la frecuencia son muy difíciles de establecer en términos de criterios biomédicos y constituyen aproximaciones con alto grado de arbitrariedad, máxime, cuando se sabe clínicamente que un consumo excesivo no se traduce necesariamente en dependencia ni en otros tipos de consecuencias –por lo menos en ciertos contextos nacionales y culturales–, mientras que el consumo denominado 'moderado' suele estar relacionado con determinados problemas, lo que dio lugar a que durante la década del 70 y 80 se acuñara y aplicara el concepto de 'bebedor problema', quien constituía uno de los principales sectores de riesgo. Pero el verdadero problema consiste en establecer indicadores para detectar y diagnosticar en forma temprana y oportuna a este tipo de bebedor, lo cual hasta ahora ha sido imposible y tememos que continuará siendo así.

La cuarta política tiene por objetivo central la abstinencia, relacionada en gran medida con las concepciones prohibicionistas, aunque actualmente algunos sectores que la promueven se están alejando cada vez más de estas propuestas. Esta política fue planteada explícitamente para los bebedores dependientes o para aquellos que presentan problemas graves en sus relaciones con el alcohol; no se postula para la población general, sino para grupos específicos y ha sido impulsada en forma constante por los grupos de Alcohólicos Anónimos y otros grupos de autoayuda. En este sentido, hay dos aspectos importantes a destacar: por una parte, la expansión sostenida de los grupos de AA en la mayoría de los países de la región, y por otra, la articulación explícita o implícita que se ha dado entre esos grupos y el sector Salud, tanto en las instituciones oficiales como en las privadas, en las cuales el programa de los 12 pasos aparece cada vez más incluido en el modelo de atención médica aplicado al alcoholismo y también en forma creciente al conjunto de las adicciones.

La propuesta de estos grupos está basada en la abstinencia, pero su propio desarrollo dio lugar a grupos de autoayuda que proponen como variante la sobriedad. Por otra parte, la articulación con la biomedicina ha posibilitado una serie de posibilidades que también oscilan entre la sobriedad y la abstinencia (Madrigal, 1986; Menéndez, 1990; Menéndez & Di Pardo, 1996, 2002; Moser, 1974; Secretaría de Salud, 1986a, 1986b; Tapia, 1994).



Una última política construida en varios países europeos a partir de los años 70 y especialmente desarrollada a través de ciertas adicciones –en particular la heroína–, es la denominada ‘Política de reducción de daños o de riesgo’, que hasta donde sabemos ha tenido escaso desarrollo en la región. El punto de partida de esta política es el rechazo a la ilegalidad y prohibición por razones de tipo médico, psicológico, social e ideológico y, especialmente, porque las políticas prohibicionistas incrementan la morbilidad por consumo de drogas. Esta propuesta sostiene además, que toda una serie de personas, posiblemente la mayoría de los consumidores, no acepta la abstinencia y en muchas situaciones tampoco la sobriedad, rechazando por lo tanto el tipo de propuestas basadas en dichos criterios. Otra razón decisiva es que toda una serie de sujetos y grupos han aprendido a consumir sustancias con un mínimo de daño hacia sí mismo y hacia los otros, de manera que constituiría la estrategia más eficaz para reducir la mortalidad asociada al uso de drogas inyectables. Es una estrategia que se centra en la reducción de las consecuencias y no en la reducción del consumo (Grup Igia, 2000, 2001; Menéndez & Di Pardo, 2002; O’Hare et al., 1995; Wodak, 2001).

A partir de éstos y de otros aspectos se promovió esta política en varios países europeos (España, Holanda, Inglaterra, Suiza) y en Australia, en gran medida a través de las acciones de grupos de la sociedad civil. También se realizaron acciones en América Latina, pero referidas casi exclusivamente al ámbito de las drogas ilícitas, siendo Brasil el país líder y el que ha desarrollado más acciones a través de la estrategia de reducción de daños. Pero debemos subrayar su escasa o nula aplicación al alcohol. Más aún, en las reuniones nacionales e internacionales promovidas a través de este enfoque, el alcoholismo suele estar ausente o escasamente tratado en las discusiones, sobre todo en la descripción de las estrategias aplicadas para la reducción de los daños, las cuales se centran en las drogas inyectables. Después de más de 20 años de existencia de esta tendencia, es preocupante que las mismas no hayan desarrollado casi actividades en torno al alcoholismo y al consumo de alcohol.

Según algunos especialistas latinoamericanos, la propuesta de reducción de daños presenta aspectos muy similares a los del modelo sociocultural, que ha demostrado justamente limitaciones en la reducción de daños por consumo de alcohol. No obstante, consideramos que constituye la propuesta más auspiciosa basada en dos criterios que para nosotros son fundamentales; por una parte, el aprendizaje individual y sobre todo grupal de las posibilidades no sólo de conocer, sino también de aplicar dicho control sobre el consumo y las consecuencias del consumo de una sustancia determinada, con el objetivo de reducir sus riesgos. Y por otra parte su oposición a la lucha contra las adicciones basada en la represión.

El apoyo a esta orientación es decisivo dada la vigencia de legislaciones represivas referidas al consumidor de drogas en América Latina y también porque existe una tendencia constante en la biomedicina a impulsar actividades que incluyen la reducción de las consecuencias pero basada en la reducción de la oferta y la demanda, de tal manera que hay actualmente definiciones de reducción de daños en las cuales el acento ya no está colocado en la reducción de las consecuencias. Como señala Wodak (2001:28) “este enfoque de reducción de daños es

muy común en la medicina clínica y en la salud pública”, lo cual es parte del constante proceso de apropiación y resignificación de conceptos y de estrategias por parte del modelo médico hegemónico que lleva generalmente a reorientar el sentido de gran parte de las propuestas denominadas ‘alternativas’ (Menéndez, 2002).

La posibilidad de impulsar este enfoque incluyendo al alcohol es muy importante, ya que todo indica que el consumo problemático y excesivo de la mayoría de las drogas se da durante un período determinado –especialmente durante la adolescencia– para luego estabilizarse e incluso abandonarse paulatinamente. Así, se reduce sustancialmente el consumo o se aprende a consumir con escaso riesgo, lo cual crea la posibilidad de actuar sobre uno de los sectores en los cuales se observan crecientes consecuencias negativas: el de los jóvenes. Debemos reconocer que es difícil que una parte de la población consumidora, sobre todo en función de determinados procesos individuales y en determinadas circunstancias, pueda aplicar dicho control de riesgos. Sin embargo, que siga consumiendo en términos sumamente negativos para él y para los sujetos con los cuales entra en relación, no justifica la aplicación unilateral de estrategias prohibitivas.

Hemos intentado proponer una síntesis de las principales políticas, aunque asumimos que las mismas están señaladas en un nivel formal, dado que un análisis de las prácticas derivadas implicaría una descripción y análisis de lo que realmente se hace respecto del alcoholismo más allá de las propuestas formales, de los programas escritos y de los códigos sanitarios establecidos.

## ALGUNOS ÉXITOS Y VARIAS REALIDADES

En lo que respecta al consumo de alcohol y sus consecuencias, la mayor eficacia obtenida en algunos países refiere a la prevención de accidentes de automóvil (cinturón de seguridad, *air bags*, control real de la velocidad en carreteras), y a la inclusión de grupos de autoayuda como parte central o incluso única del tratamiento antialcohólico. Desde la perspectiva de la sociedad civil, el instrumento más eficaz lo constituyen justamente esos grupos de autoayuda, aun cuando su eficacia sólo opere respecto de un determinado perfil de sujetos.

En ciertos contextos existen instrumentos que han evidenciado eficacia aunque sea parcial, pero que no han sido impulsados por el sector Salud y si bien existen algunas experiencias puntuales en varios países de América Latina, no operan como políticas generalizadas. Así, el uso de curanderos, brujos, herbolarios, juramentos a la virgen, promesas a santos, todo esto ha evidenciado algún tipo de eficacia. También debe ser considerado el proceso de conversión religiosa a las diferentes variedades del protestantismo y de las formas denominadas sectas, ya que la mayoría de ellas sostiene concepciones y realiza acciones antialcohólicas, frecuentemente como parte central de sus actividades (Menéndez, 1988, 1990; Menéndez & Di Pardo, 1996, 2002; OPS, 1993; Trotter & Chavira, 1981).

Una de las estrategias preventivas más difundidas, es la de utilizar la prescripción médica o el uso de medicinas como una excusa que posibilita evitar la presión de consumir bebidas

alcohólicas; esto se dio inicialmente a través de los antibióticos pero se han ido integrando otros fármacos para cumplir la misma función. Los conjuntos sociales, tal como lo hemos analizado en varios trabajos, tienden a utilizar en forma autónoma las prácticas generadas por la biomedicina. Así ocurrió en el pasado con sustancias aversivas como el disulfirán y comienza a ocurrir con nuevas drogas aversivas que se publicitan incluso por Internet.

Pero en términos generales podemos concluir que el consumo de alcohol se caracteriza por la falta de atención médica específica en los tres niveles de atención, por el escaso desarrollo de políticas preventivas y por el incremento –o por lo menos mantenimiento– de la mayoría de sus consecuencias negativas. La escasez de recursos aplicados contrasta con el peso que las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas tienen sobre el perfil de la morbimortalidad dominante en la mayoría de los países de la región.

Después de años de analizar esta problemática consideramos que el sector Salud de la mayoría de nuestros países ha decidido en los hechos no invertir en atención y prevención de las consecuencias generadas en la salud individual y colectiva por el consumo de bebidas alcohólicas. Así, ha dejado el problema en manos de la sociedad civil, la cual sólo puede atender y solucionar una pequeña parte de las dificultades generadas por dicho consumo. Las tendencias económico-políticas e ideológicas dominantes en las dos últimas décadas han favorecido aún más este proceso, ya que en el caso del alcoholismo, el Estado encuentra que la sociedad civil ha ido constituyendo una red de apoyo a partir de ella misma, de sus propios recursos, lo cual no sucede para ningún otro padecimiento con la organicidad y continuidad con que se da en el caso del alcoholismo a través de Alcohólicos Anónimos, Alanon, Alteen y de otros grupos de autoayuda, por lo menos en ciertos países de la región. Más aún, su estrategia, basada en recursos propios, se ha extendido a otros padecimientos mentales y físicos y es señalada como un modelo a seguir.

Varios autores han cuestionado esta tendencia que facilitaría que el sector Salud no se haga cargo de problemas prioritarios; pero otros, en cambio, concluyeron que esta conciliación entre propuestas políticas neoliberales y grupos de autoayuda no debe ser interpretada unilateralmente sino en términos de un proceso que no necesariamente supone conciliación de intereses. Inclusive para algunas tendencias, estos grupos de autoayuda constituyen núcleos potenciales de organizaciones que pueden oponerse desde lo local a los proyectos neoliberales. Estas ideas que se vienen desarrollando desde la década de los 70 (Menéndez, 1998) se contraponen a las que ven en esos grupos algo así como los legitimadores locales de las orientaciones neoliberales en salud. Para nosotros, el problema es más complejo que los planteos maniqueos con que estos procesos suelen ser analizados y para dilucidarlos debemos realizar estudios de este tipo de posibilidades a través de situaciones y de grupos específicos.

Lo que sí nos interesa subrayar es que la sociedad civil no sólo ha dado lugar al desarrollo de los grupos de AA, sino también a otros grupos y estrategias de acción que han tenido algún tipo de éxito limitado en términos asistenciales y preventivos, y que en su mayoría han sido

mantenidos al margen del sector Salud. Esto amerita la búsqueda de este tipo de estrategias en los diferentes contextos, su análisis y la observación de la potencialidad de las mismas.

Pero además, el consumo de alcohol y las relaciones organizadas en torno al él –o por lo menos aquéllas de las que el alcohol forma parte casi inevitable–, nos conducen a proponer la necesidad de investigar a fondo el papel del alcohol en toda una serie de procesos, especialmente los vinculados a los diferentes tipos de violencia, para determinar cuántos de dichos procesos se vinculan realmente a los usos individuales y colectivos del alcohol, no sólo para encontrar propuestas específicas de acción sino para poder explicar algunas de las estructuras ideológicas y políticas que posibilitan el desarrollo de consecuencias graves –no sólo en términos de salud–, especialmente en los estratos subalternos. Es desde esta perspectiva que en el consumo de las bebidas alcohólicas, en los usos del alcohol y en el alcoholismo continuamos observando posibilidades que van más allá de los procesos manifiestos analizados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLTON, R. & SINGER, M. *Rethinking Aids Prevention Cultural Approachs*. New York: Gordon & Breach Science Publishers, 1992.
- BOLTON, R. et al. Alcohol and risk sex: in search of an exclusive connection. *Medical Anthropology*, 14(2):323-63, 1992.
- CAVANAGH, J. & CLAIRMONTE, F. *Alcoholic Beverages: dimensions of corporate power*. London: Croom-Helm, 1985.
- CONRAD, P. & SCHNEIDER, J. *Deviance and Medicalization: from badness to sickness*. St. Louis: The C. V. Mosby, 1980.
- COSTAMAGNA, M. *Les Femmes et l'Alcool*. Paris: Donoel, 1981.
- DAJER, F. et al. Consideraciones sobre la epidemiología de la cirrosis hepática alcohólica en México. *Revista de Investigación Clínica*, 30:13-22, 1978.
- DI PARDO, R. B. & MENÉNDEZ, E. L. Alcohol y factores de vulnerabilidad: aspectos socio-culturales. In: GRUP IGIA et al. *Gestionando las Drogas*. Barcelona: Grup IGIA, 2001a.
- DI PARDO, R. B. & MENÉNDEZ, E. L. Normalidad, riesgo y alcoholización ¿Quiénes son realmente los sujetos y grupos vulnerables? *Trabajo Social y Salud*, 39:511-39, 2001b.
- DI PARDO, R. B. & MENÉNDEZ, E. L. Los estudios de género y el papel del alcohol en las relaciones entre mujeres y varones. Seminario Permanente de Antropología Médica, México, 2002.
- DOUGLAS, J. (Edit.) *Deviance & Respectability: the social construction of moral meanings*. London: Basi Books Publs., 1970.
- EBER, Ch. *Women & Alcohol in a Highland Maya Town*. Austin: University of Texas Press, 1995.
- EDWARD, G. & ARIF, A. (Edits.) *Los Problemas de la Droga en el Contexto Sociocultural*. Washington D.C.: OPS, 1981.
- ELU DE LEÑERO, M. del C. *Mujer Joven y Salud: cifras comentadas*. México Pronamusa, 1985.
- ELU DE LEÑERO, M. del C. *La Salud de la Mujer en México: cifras comentadas*. México: Pronamusa, 1988.
- FINKLER, K. *Women in Pain: gender and morbidity in México*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1994.
- GÓMEZ, E. (Edit.) *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud Pública, 1993 (Científica, 541)
- GRUP IGIA. *Contextos, Sujetos y Drogas: un manual sobre drogodependencia*. Barcelona: FAD, 2000.
- GRUP IGIA. *Gestionando las Drogas*. Barcelona: Grup Igia, 2001.

- HARTMAN, S. Mortalidad. In: SECRETARÍA DE SALUD. *La Mujer Adolescente, Adulta, Anciana y su Salud*. México, D.F.: SSA, 1992.
- LANGER, A. & TOLBERT, K. (Eds.) *Mujer: sexualidad y salud reproductiva*. México: The Population Council/Edamex, 1996.
- LARA, R. M. *Padecimiento y Estilo de Vida Estigmatizados: el caso de algunos hombres que tienen sexo con hombres seropositivos de escasos recursos del puerto de Veracruz*, 2003. Tesis de Doctorado, México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- MAC ANDREW, C. & EDGERTON, R. B. *Drunken Comportment: a social explanation*. New York: Aldine, 1969.
- MADRIGAL, E. Consideraciones sobre el establecimiento de políticas y directrices en la prevención de los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas. *Ciencias Sociales*, 34:9-21, 1986.
- MASSÉ, R. *Culture et Santé Publique*. Montreal: Gaetan Morin Editeur, 1995.
- MEMBRADO, M. L'alcoolisme des femmes: pour une approche renouvelé. In@: ZOLOTAREFF, J. P. & CERCLE, A. (Dir.) *Pour une Alcoologie Plurielle*. Paris: L'Harmattan, 1994.
- MENÉNDEZ, E. L. Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados tradicionales. *Nueva Antropología*, 34:55-80, 1988a.
- MENÉNDEZ, E. L. *Alcoholismo y Política: los límites socioeconómicos del sector Salud mexicano. 1890-1988*. México, D.F.: s/d, 1988b.
- MENÉNDEZ, E. L. (Edit.) *Aportes Metodológicos y Bibliográficos para la Investigación del Proceso de Alcoholización en América Latina*. México: Ediciones de la Casa Chata, 1988c.
- MENÉNDEZ, E. L. *Morir de Alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial, 1990.
- MENÉNDEZ, E. L. (Edit.) *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política, 1930-1979*. México: Libros de la Casa Chata, 1991.
- MENÉNDEZ, E. L. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Cuadernos Médico Sociales*, 93:5-22, 1998.
- MENÉNDEZ, E. L. & DI PARDO, R. B. Alcoholismo I. Características y funciones del proceso de alcoholización. México: Libros de la Casa Chata, 1981. (Cuaderno 56 de la Casa Chata)
- MENÉNDEZ, E. L. & DI PARDO, R. B. *De Algunos Alcoholismos y Algunos Saberes: atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Ciesas, 1996 (Otón de Mendizábal).
- MENÉNDEZ, E. L. & DI PARDO, R. B. Violencias alcoholizadas y relaciones de género: estereotipos y negaciones. *Cuadernos Médico Sociales*, 79:5-26, 2001.
- MENÉNDEZ, E. L. & DI PARDO, R. B. Alcoholismo: segundo y tercer nivel de atención médica (Alcoholismo, especializaciones y desencantos). Informe final de investigación, 2003.
- MOSER, J. *Problems and Programs of Alcohol and Drug Dependence in 33 Countries*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1974.
- O'HARE, P. A. et al. La reducción de los daños relacionados con las drogas. Barcelona: Grup Igja, 1995.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/CSIH. *Pueblos Indígenas y Salud*. Winnipeg: Taller, 1993.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS, 1964, 1966, 1970, 1974, 1978, 1982, 1990, 1998.
- SECRETARÍA DE SALUD. *Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas*. México: SSA, 1986a.
- SECRETARÍA DE SALUD. *Programa contra la Farmacodependencia*. México: SSA, 1986b.
- Secretaría de Salud. *Salud México 2001: información para la rendición de cuentas*. México: SSA, 2001.
- TAPIA, R. (Comp.) *Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Edit. El Manual Moderno, 1994.
- TROTTER, R. & CHAVIRA, J. A. *Curanderismo: mexican american folk healing*. Athens, GA: University of Georgia Press, 1981.
- WODAK, A. *Cómo Generar el Consenso para el Desarrollo de Estrategias de Reducción de Daños, en Intercambios: Sida y drogas. Reducción de daños en el Cono Sur. Intercambios*. Buenos Aires: Onusida, 2001.