

LAS POLÍTICAS DE LUCHA CONTRA LA TOXICOMANÍA Y EL SIDA EN FRANCIA

Eguzki Urteaga
Universidad del País Vasco

Introducción

Los casos de toxicomanía, especialmente los que generan dependencia y se encuentran en el origen de comportamientos delictivos, han obligado las administraciones públicas a elaborar y posteriormente a poner en marcha unas políticas específicas de lucha contra la toxicomanía que compaginan atención médica, apoyo psicológico e inserción social de los toxicómanos y la lucha contra el tráfico de drogas. La aparición y el posterior desarrollo de la epidemia del SIDA en los años 1980 y 1990, sobre todo entre los toxicómanos que se inyectan sustancias estupefacientes, han supuesto una adaptación de dichas políticas con el fin de atender a los enfermos, de encontrar fármacos y tratamientos y de sensibilizar la sociedad sobre los riesgos de contaminación y la necesidad de prevenir la infección.

Las políticas de lucha contra la toxicomanía

La toxicomanía es definida por la Organización mundial de la salud (OMS) como un estado de dependencia física y/o psíquica que se establece tras la utilización continua y duradera de un producto psicótopo. La toxicomanía se organiza socialmente y psicológicamente en torno a su dependencia y constituye a la vez un delito, una plaga

social y un problema de salud pública. En Francia, la ley del 31 de diciembre de 1970 fija el marco normativo de la política de lucha contra la toxicomanía y convierte su consumo en delito. Intenta separar el tratamiento penal de los toxicómanos del de los traficantes: la represión del consumo de drogas, la gratuidad de la atención médica y el anonimato para los usuarios en tratamiento. Aunque contemple una alternativa entre la sanción penal y la prescripción de un tratamiento médico (la orden terapéutica), la ley de 1970 se aplica fundamentalmente en su dimensión represiva. La lucha contra las redes de venta son unos ejes fundamentales de la política francesa, marcada en los años 1980, por un fortalecimiento de la represión del tráfico y del consumo.

A partir de los años 1970, la política sanitaria se orienta hacia la creación de unas estructuras especializadas. En 1971, el equipo del doctor Olivenstein abre el centro Marmottant. Unos centros de acogida y de post-tratamiento se desarrollan en torno a la atención psicoterapéutica de los toxicómanos y de las curas de privación. Diversifican progresivamente sus modos de intervención con los servicios de familias de acogida, los pisos terapéuticos relevo, los pisos relevo, el alojamiento de urgencias en hoteles, etc. El tratamiento de tipo psicoterapéutico es mayoritario, sabiendo que las comunidades terapéuticas de inspiración comportamentalista, tales como el Patriarca, siguen estando bajo el control de las administraciones públicas.

A nivel nacional, la definición y la coordinación de la política de lucha contra la toxicomanía son el privilegio de los dispositivos y de los planes que se relevan sin surtir grandes efectos. La Misión permanente de lucha contra la toxicomanía es creada en 1982 y se desarrolla poco a poco. Se le atribuyen nuevas orientaciones en 1998 para mejorar el dispositivo de coordinación local y evaluar las acciones llevadas a cabo. Conviene subrayar la implicación del ministerio de Educación desde el inicio de los años 1980 en la prevención de las toxicomanías y, más ampliamente, de las conductos de riesgo en el sistema educativo.

La evolución de los tipos de consumo y de producto así como de los debates sobre las fronteras entre el consumo y el tráfico, y la despenalización de las drogas consideradas como “dulces” han puesto de manifiesto la complejidad de los retos. Están vinculados, entre otros aspectos, al toxicómano, que está considerado a la vez como un delincuente y como un enfermo. Estos retos aparecen con fuerza, mientras que se extiende la

contaminación por el virus del SIDA. Los toxicómanos se convierten en un colectivo de riesgo, mientras que la política represiva los conduce a una marginación creciente que limita las posibilidades de prevención y de atención.

Desde 1986, los usuarios de drogas por vía intravenosa constituyen el segundo colectivo más expuesto al riesgo del SIDA. Francia tiene un cierto retraso en el ámbito de la prevención y de la protección, ya que la primera gran campaña de prevención data de 1986 y la venta libre de las jeringas de 1987. Centrado sobre la visión psicoanalítica, el dispositivo no atiende a los usuarios que solicitan una atención y que están dispuestos a comprometerse en un proceso de privación, dejando un número notable de personas al margen del sistema médico. Ante la gravedad de la situación y en un contexto de vivas polémicas en torno a la metadona, la acción de las instituciones públicas se orienta hacia una política de reducción de riesgos sanitarios a través de las prescripciones de medicamentos de sustitución y los programas de intercambio de jeringas. Se trata a la vez de limitar los riesgos de contaminación, especialmente del SIDA y de la hepatitis C, y de facilitar el acceso a la atención médica y a la protección de los toxicómanos.

La campaña de prevención del SIDA y de la toxicomanía ha constituido una experiencia que resulta ser valiosa para dar una nueva dimensión al dispositivo de protección social. En primer lugar, muestra la importancia de dar un carácter prioritario a las políticas de prevención articuladas en torno a la movilización de las solidaridades y a la consolidación de los vínculos sociales. Los especialistas observan que los mensajes de solidaridad favorecen las actitudes de prevención, mientras que, una incompreensión, un rechazo de la opinión pública o un incremento de la represión tienen un efecto negativo. Unas personas que no se sienten reconocidas socialmente tienen más dificultades para cuidarse y para tener unos comportamientos preventivos. Dicho de otra forma, los efectos de la discriminación y de la estigmatización obstaculizan el deseo y la posibilidad de cuidarse. En junio de 1992, un decreto confiere a los centros de atención la misión de prestar una atención medico-psicológica, social y educativa al toxicómano, que consta de la ayuda a la inserción y a la reinserción. Este aspecto de la inserción sigue siendo difícil a poner en marcha y pone de manifiesto los vínculos estrechos existentes entre la toxicomanía, la exclusión y la precariedad.

En 1993, se toma un giro con la mejora de la atención en el dispositivo especializado, la constitución de redes médicos-hospital-toxicomanía, desarrollando el dispositivo de reducción de riesgos y los tratamientos de sustitución. En 1995, la metadona, iniciada en los centros especializados y, en 1996, el subutex, prescrito por el médico de cabecera, salen del marco experimental. El objetivo de los tratamientos de sustitución es claramente enunciado por las autoridades sanitarias: la inserción en un proceso terapéutico, el seguimiento médico de eventuales patologías asociadas, la estabilización del consumo de drogas provenientes del mercado ilícito y la inserción social. Estos tratamientos están considerados como una solución temporal que precede una abstinencia. Esta postura se diferencia del enfoque anglo-sajón que distingue la desintoxicación, que corresponde a un proceso terapéutico, de la sustitución o “mantenimiento” considerada como una simple modalidad de tratamiento que supone un coste inferior para la sociedad, comparándola con el ingreso en prisión o el tratamiento del SIDA.

En 1995, la organización de la atención sanitaria de los toxicómanos está marcada por la extensión del dispositivo de prescripción y de reparto de la metadona a todos los centros especializados y por la puesta en marcha de un relevo de este tratamiento por el médico de cabecera (22 redes médicos-hospital). Paralelamente, el incremento y la diversificación de la acogida, de la atención y del alojamiento de los toxicómanos han continuado con la creación de cerca de 1120 plazas de alojamiento. El plan de lucha de 1995 se organiza en torno a cuatro ejes prioritarios: 1) la continuación de la diversificación de los modos de atención por un dispositivo especializado, 2) la mejora de la atención de los pacientes toxicómanos en hospital, 3) el desarrollo de las colaboraciones entre los diferentes actores sanitarios, y 4) la adaptación de la atención de los detenidos toxicómanos en el sistema penitenciario.

Al final de los años 1980, dos antenas de toxicomanía son creadas en las cárceles. Tienen dos misiones esenciales: acompañar al usuario de drogas durante su estancia en prisión y preparar su salida. Se trata de hacer frente al problema de la privación así como a los sufrimientos psicológicos propios al consumo de drogas. La estancia en la cárcel aparece como un momento propicio para iniciar un proceso de atención, de prevención y de educación a la salud. Las antenas se convierten en 1992 en unos centros especializados de atención de los toxicómanos en entorno penitenciario, dependientes

de los servicios médico-psicológicos regionales. Se centran en un trabajo psicológico, educativo y social, mientras que el apartado médico está asegurado por los servicios de psiquiatría.

La entrada en vigor del nuevo Código penal, el 1 de marzo de 1994, marca la criminalización de las infracciones que se refieren a los estupefacientes. El tráfico constituye una circunstancia agravante y la infracción, de delictiva, se convierte en criminal. Los textos de excepción en materia de procedimiento permiten facilitar la tarea de la justicia: la duración máxima de detención preventiva se ha duplicado con respecto al derecho ordinario y las posibilidades de perquisición de noche han sido facilitadas.

El consumo de heroína por vía intravenosa disminuye, al tiempo que se desarrollan el consumo de cannabis y la poli-toxicomanía. De hecho, entre 1995 y 1997, el número de sobredosis en la región parisina ha sido dividido por dos. El vínculo entre la precariedad y la toxicomanía ha sido puesto de manifiesto por los profesionales, asociando atención e inserción. Plantea cuestiones en términos de acceso a la atención, de prevención y de seguimiento sanitario y social. La política de reducción de riesgos vinculada a las contaminaciones del VIH o de la hepatitis, debe adaptar sus mensajes de prevención y de información en dirección de este colectivo fragilizado, que se caracteriza por su dificultad a beneficiarse de una atención continua. La puesta en marcha de la cobertura enfermedad universal suscita a este respecto importantes expectativas. Poco a poco, los dispositivos especializados y generalistas parecen estar mejor integrados en una atención más global y mejor coordinada de los toxicómanos. Los riesgos vinculados al SIDA han dado un nuevo impulso a la política sanitaria y social en materia de toxicomanía.

El desarrollo de la poli-toxicomanía exige una renovación de las estrategias de prevención, centradas no tanto en los productos sino en los comportamientos. La puesta en marcha de una prevención eficaz supone un mejor conocimiento de estos comportamientos y de los públicos concernidos. El discurso de la prevención se organiza en torno a la distinción entre el consumo, el consumo nocivo, la dependencia y el paso de un consumo ocasional a un consumo arriesgado. Pretende dar un fundamento científico a estos mensajes, evitando una confusión perjudicial a su eficacia y una

demonización que puede aumentar el atractivo de lo prohibido. La aparición de las drogas de síntesis, tales como el *ecstasy*, ha ampliamente contribuido a la politoxicomanía. Generalmente asociadas a la música tecno y a las *raves parties*, conciernen a un colectivo de jóvenes mayoritariamente insertados socialmente. Su desarrollo se inscribe en un contexto generalizado de utilización de medicamentos destinados a mejorar la eficacia o a luchar contra la depresión, convirtiendo a Francia en el primer país consumidor de medicamentos psicoactivos. Neurotóxicas, las drogas de síntesis suponen unos riesgos importantes todavía poco conocidos, especialmente en materia de mezcla de productos.

Estas drogas de síntesis plantean un problema fundamental: su evolución permanente supera las autoridades encargadas de identificar los productos ilícitos. Efectivamente, una ligera modificación molecular es suficiente para que el producto no sea considerado como un estupefaciente y no figure en la lista que sirve de base a la aplicación del derecho penal. El conocimiento de los diferentes productos supone una gran reactividad que necesita el fortalecimiento de las cooperaciones a nivel europeo. Una base de datos de las drogas de síntesis y una red de vigilantes, constituida por farmacéuticos, médicos y asociaciones, contribuyen al objetivo de mejora del conocimiento de los productos, del consumo y de los públicos.

Además, las drogas de síntesis producen una inadaptación del sistema sanitario y social orientado hacia la atención de las personas heroinómanas según un referente principalmente psicoanalítico. La diversificación de las respuestas es una necesidad para responder a la diversificación del consumo y de las necesidades. Unas acciones de prevención y de información llevadas a cabo por unas asociaciones, tales como Médicos del Mundo, en las *raves parties* constituyen una primera pista.

En 1997, un informe de la *Cour des comptes* subraya la incoherencia del dispositivo de lucha contra las drogas y la falta de coordinación entre las dimensiones represivas y sanitarias. Un plan trienal de lucha contra la droga y la toxicomanía, aprobado el 16 de junio de 1999, pretende solucionarlo intentando, entre otros aspectos, coordinar las acciones de los diferentes ministerios implicados en la lucha contra las drogas y la prevención de las dependencias. Las principales orientaciones son:

- El mejor conocimiento del fenómeno a través de la mejora del dispositivo nacional de observación.
- Una política de información y de comunicación inscrita en el tiempo a destinación del usuario y, más generalmente, de la opinión pública.
- Una política de prevención más relacionada con la realidad de las prácticas de consumo.
- Una atención más precoz de los usos excesivos de las drogas, del alcohol, del tabaco, de los medicamentos y de los productos dopantes.
- Una mejor articulación de las políticas penales y de las políticas sanitarias y sociales.
- Una mejor coordinación de la cooperación internacional.
- La voluntad de crear una cultura común a todos los profesionales, especializados o no.
- La aclaración de la utilización de los créditos interministeriales.

Además de las drogas ilícitas, integra en su programa el alcohol, el tabaco y los medicamentos psicótrópos, lo que provoca un escándalo sobre las confusiones y los prejuicios creados, sobre todo por el sector vinícola. En este contexto, la reanudación del debate sobre la despenalización de las drogas blandas incrementa aún más la complejidad de la situación. El balance de este plan es modesto. Según el Observatorio francés de las drogas y toxicomanías (OFDT) encargado de evaluar el programa 1999-2002, esta perspectiva global ha resultado ser compleja y difícil, desconociendo las diferencias entre los productos estupefacientes, sobre todo en términos de legalidad. En materia de prevención, los objetivos operativos siguen siendo insuficientemente precisos. En el ámbito de la atención médica, los límites de la traducción concretas de este concepto resultan de una aproximación insuficiente de las prácticas y de las respuestas médicas en la situación actual de los métodos terapéuticos.

Un nuevo plan quinquenal definido para el periodo 2004-2008 vuelve a la perspectiva anterior conservando la idea de un plan de lucha contra las drogas ilícitas, el tabaco y el alcohol, sin perder de vista las características propias de cada producto. Así, pretende dar unos objetivos y unas estrategias de acción que tomen en consideración las condiciones concretas de consumo y de difusión de cada una de las sustancias que entran en el ámbito de las drogas y de los productos adictivos. Quiere crear una nueva

dinámica de prevención, estructurada en unos programas regionales fundamentados sobre unos dispositivos “duraderos y profesionales”. Se trata especialmente de impedir y de retrasar la edad de la experimentación de las drogas para los jóvenes a la hora de luchar contra la expansión continua del cannabis y el consumo considerado como “recreativo” de las drogas de síntesis. Por otra parte, la lucha contra el alcohol y el tabaco es reactivada, sobre todo limitando y posteriormente prohibiendo el consumo de tabaco en los espacios públicos.

El plan se dirige igualmente a las personas dependientes o que corren el riesgo de serlo, convirtiendo el sistema de atención en más asequible y eficaz. El programa habla de fortalecimiento y de diversificación de la oferta de atención médica a través de la creación de comunidades terapéuticas, de adaptación continua de los programas de sustitución, de experimentación de programas innovadores y de creación de centros de referencia en adicciones. Los objetivos del plan en términos de reducción del consumo y del riesgo son declinados por sustancia y son cuantificados, y deben dar lugar a una evaluación sobre la base de un conjunto de indicadores reunidos en un dispositivo puesto a punto por la OFDT. El plan presenta varias orientaciones: a) prevenir, b) responsabilizar el sistema educativo, los padres, los jóvenes, las profesiones, el ayuntamiento, el sistema penitenciario, c) informar, explicar y convencer, d) mejorar la respuesta del sistema de atención al uso nocivo y a su dependencia, e) restablecer el alcance de la ley, f) amplificar la movilización del dispositivo de observación y de investigación al servicio de una acción más eficaz, g) centrar de nuevo la acción exterior de Francia en la lucha contra las drogas, h) reforzar la coordinación interministerial a nivel central y territorial, y i) evaluar la acción gubernamental con unos objetivos cuantitativos.

En el marco de este plan, se pone en marcha, a partir de 2005, una primera campaña mediática sobre los efectos del cannabis, asociada a un número de teléfono específico “Escucha cannabis” y a una serie de consultas sobre el conjunto del territorio. Corresponde a la constatación de un fuerte aumento del consumo de cannabis en los últimos diez años, especialmente entre los jóvenes. Se le ha añadido una campaña específica de seguridad vial en torno al tema “En la carretera, el cannabis es un droga mortal”. Este plan 2004-2008 está completado por la aprobación de un programa de acción europeo 2007-2013 que aspira a la vez a prevenir el consumo de drogas y a

luchar contra el tráfico, reforzando los mecanismos de coordinación. La ley del 5 de marzo de 2007 sobre la prevención de la delincuencia amplía las posibilidades de sanción penal en materia de uso o de incitación al uso de productos estupefacientes, especialmente por la introducción de un dispositivo de cursillos de sensibilización sobre los peligros del cannabis y de otras drogas.

El plan local de lucha contra la toxicomanía se integra en el marco de la prevención de la delincuencia y de las políticas urbanas. La multiplicidad de los dispositivos y de los intervinientes aumenta el riesgo de dilución. La cuestión de la implicación de los ayuntamientos en los ámbitos de la prevención y de la reinserción está igualmente planteada para permitir a la vez la aparición de iniciativas locales y la coherencia de una política global. Después de un periodo de estancamiento durante la descentralización, la implicación de los municipios aparece cada vez más fuerte en materia de prevención y de reinserción.

Los dispositivos elaborados y las acciones implementadas

Francia tiene unos ochocientos cincuenta mil consumidores regulares de cannabis. El dispositivo especializado ha puesto en marcha:

- Unos centros de atención especializados para toxicómanos.
- Unos centros de acogida y de post-tratamiento.
- Unas redes médicos-hospital-toxicomanía.
- Unos servicios de alojamiento terapéuticos.
- Unos programas de intercambio de jeringas.
- Unos cursillos de sensibilización ante los peligros del consumo de productos estupefacientes.
- Unas consultas anónimas y gratuitas, especialmente para los consumidores de cannabis y su entorno.
- Unos espacios de acogida de día: acogida, escucha, información.
- Droga Info Servicio.
- La misión interministerial de lucha contra la droga y la toxicomanía.
- El observatorio francés de las drogas y de las toxicomanías.

Los actores generalistas son numerosos aunque se puedan distinguir cuatro: a) los servicios de juventud de los ayuntamientos o de la juventud y del deporte, b) los servicios de prevención de las acciones sanitarias, c) los servicios de acogida de los adultos en dificultad, y d) los servicios sociales y de prevención especializada.

La política de lucha contra el SIDA

La política de lucha contra el SIDA, que está directamente vinculada a la política de lucha contra la toxicomanía, depende del ámbito de la salud pública y, en este sentido, no puede ser considerada estrictamente como un aspecto de las políticas sociales. Es abordada aquí por su ejemplaridad en términos de gestión social de una epidemia que se ha convertido en una enfermedad crónica y teniendo en cuenta las evoluciones que ha provocado en las relaciones entre la enfermedad y el cuerpo médico. A continuación vamos a repasar lo ocurrido en las décadas de los '80 y '90 del siglo pasado, así como esta primera década del nuevo siglo.

En 1981, los médicos americanos diagnostican unas enfermedades raras entre los hombres jóvenes, vinculadas a un déficit inmunitario profundo que será identificado posteriormente bajo la denominación de VIH. La comunidad médica es impotente ante este nuevo virus. Los enfermos y sus entornos se movilizan, influyendo sin cesar tanto sobre los médicos como sobre los científicos. La aparición del SIDA marca la vuelta de la noción de epidemia que se consideraba como un fenómeno del pasado en las sociedades occidentales. La epidemia se extiende, en un primer momento, entre los homosexuales antes de afectar igualmente a los consumidores de drogas por inyección, los hemofílicos y posteriormente los heterosexuales. No obstante, hasta 1985, el SIDA está considerado como una enfermedad que afecta principalmente a unos colectivos específicos (homosexuales y toxicómanos). Se desarrolla ante la indiferencia de la opinión pública y genera incluso unas reacciones de rechazo y de denegación. Unas asociaciones, tales como Vencer el SIDA, AIDES o Act-Up, constituidas en el seno de la comunidad homosexual, intentan movilizar a las instituciones públicas y a la opinión pública para encontrar unas respuestas y salir de la estigmatización.

La percepción de la epidemia cambia con la aparición en 1985 de la prueba del SIDA. De un riesgo vinculado a unos grupos identificados, el SIDA se convierte en un riesgo

colectivo y en un problema de salud pública. El conocimiento de los modos de transmisión permite contemplar unas acciones de prevención y de racionalizar los temores. En 1987, la primera campaña de información televisada destinada a la opinión pública (El SIDA no pasará por mí) da el tono: una prevención amplia en una estrategia de indiferenciación, el SIDA puede afectar a cualquiera y todo el mundo debe protegerse. Pasa por la promoción del uso del preservativo y la solidaridad hacia las personas seropositivas. Un dispositivo de prueba voluntaria, anónima y gratuita, puesto en marcha en 1988, se opone a la idea de una prueba obligatoria, considerada como un ataque contra los derechos humanos.

Las respuestas se organizan para acompañar a los enfermos. Si la agrupación en unos espacios específicos (casa de vida, unidades de cuidados paliativos) sigue siendo importante, a partir de 1983, se pone el énfasis en la atención a domicilio y en los pisos de coordinación terapéutica. Ante la ausencia de tratamiento curativo, la dimensión relacional de la atención, basada en la escucha y en la palabra, se sitúa en el primer plano. Unos grupos de auto-ayuda se constituyen para apoyarse e informarse mutuamente. Al lado de la atención médica, la atención social y psicológica de las familias da lugar a unas acciones piloto: lugares de padres-hijos, familias de acogida-relevo, guardería y servicios de apoyo a domicilio. Pretenden favorecer la resocialización de las familias, acompañar el anuncio de la enfermedad del pariente al hijo, y desarrollar el mantenimiento de los vínculos entre los niños hospitalizados y sus familias.

La defensa de los derechos de los enfermos en el hospital constituye desde los orígenes un eje fundamental de reivindicación de las asociaciones de lucha contra el SIDA. Gracias a su acción, han permitido unas evoluciones considerables en las relaciones entre enfermos, médicos e investigadores. Rechazando su marginación de la información sobre la investigación y los tratamientos, cuestionando a veces las acciones emprendidas, estando muy implicados en los intentos terapéuticos e interesándose por el sistema médico, pretenden ser unos colaboradores del entorno médico, especialmente hospitalario. Nuevas cooperaciones se desarrollan con los enfermos y entre los intervinientes médicos y sociales, entre los médicos y los hospitales. La lucha contra el SIDA aporta una contribución fundamental a la evolución de los retos de salud pública: la articulación entre lo sanitario y lo social, la cooperación entre el enfermo y el médico,

la toma en consideración de los derechos de los enfermos, la calidad de la atención de las personas hospitalizadas, la dimensión relacional de la atención, la visión global de la persona, el desarrollo de los cuidados paliativos. El menor compromiso de las asociaciones al final de los años 1990 conducirá, no obstante, a un reequilibrio de los poderes a favor del cuerpo médico en general y del hospital en particular. Los grandes cambios no parecen acontecer o, por lo menos, no tienen el alcance esperado.

Los años 1990-1996 están marcados por la urgencia de la movilización y los actos de solidaridad. Grandes operaciones médicas, especialmente el SIDA, hacen un llamamiento a la generosidad del público y obtienen un éxito considerable, lo que permite fomentar la investigación. De manera general, la movilización contra el SIDA es excepcional. En 1992, el escándalo de la sangre contaminada refuerza el sentimiento de injusticia y la movilización a favor de las personas afectadas por la enfermedad.

A partir de 1994, las estrategias de prevención son reorganizadas para integrar la noción de grupo de riesgo puesta de manifiesto por los datos epidemiológicos. La diversificación y la orientación de los mensajes constituyen el contrapeso a la política de indiferenciación que contribuye a diluir el impacto preventivo. Ya que el riesgo de estigmatización aparece como menor, la búsqueda de eficacia se convierte en prioritaria. Unas acciones son llevadas a cabo en dirección de ciertos colectivos precarizados, extranjeros o inmigrantes. Unos programas de intercambio de jeringa y de sustitución son puestas en marcha para los toxicómanos. Las asociaciones tradicionales de acción social y médico-social en dirección de las personas en dificultad se integran en el ámbito de la lucha contra el SIDA.

El vínculo entre precariedad social e infección por el VIH se convierte cada vez en algo más flagrante. El SIDA precariza pero afecta también a personas cada vez más marginadas. La articulación entre el SIDA, la toxicomanía y la precariedad toma unas formas preocupantes para los jóvenes. La epidemia se extiende en diferentes comunidades extranjeras, culturalmente y socialmente impermeables a las campañas generales de información y de prevención. Demuestra la influencia de las condiciones sociales sobre el deterioro de la salud de las personas concernidas, la dificultad del acceso a los derechos, la continuidad de los tratamientos y el vínculo entre la precariedad y el vínculo entre la precariedad social y sanitaria. La cuestión de la salud

de los excluidos se plantea, cuestionando de nuevo el sistema de salud y el acceso a la atención médica. La puesta en marcha de la cobertura médica universal es la respuesta más reciente a esta cuestión.

El año 1996 constituye un giro con el descubrimiento de las “anti-proteasis”. En 1987, el descubrimiento de la AZT ya había constituido un paso importante, a pesar de lo que supone para los pacientes: la toma de medicamentos a horas fijas, los efectos secundarios, etc. En 1996 son puestas en marcha las biterapias y, posteriormente, las triterapias. En apenas 15 años, e incluso si la perspectiva de una curación sigue estando todavía alejada, la investigación ha realizado unos descubrimientos notables. Gracias a los avances científicos realizados, nuevas esperanzas surgen y, con ellas, nuevas perspectivas para los demás enfermos de tener una vida profesional, social y familiar relativamente “normal”. La evolución de los tratamientos hace resaltar un número importante de personas que conocen su seropositividad, aunque lo mantengan oculto ante la ausencia de esperanza de encontrar un tratamiento y ante el temor de padecer discriminaciones. Se trata de nuevo de hacer proyectos, de reorganizar su vida, de reconsiderar las perspectivas de fallecimiento. Las dificultades relacionales, psicológicas y sociales no han desaparecido y los enfermos se enfrentan a la instalación en el tiempo de un estatus socioeconómico fragilizado y a un entorno desfavorable.

Por otra parte, la cuestión del seguimiento de los tratamientos se plantea a corto plazo. Además del problema de las personas resistentes a los tratamientos, los efectos secundarios, la coacción notable del seguimiento de los tratamientos y su efecto sobre la vuelta a una vida normal, la difícil continuidad terapéutica para las personas precarizadas son otras tantas cuestiones que se encuentran abiertas. Se asiste a la aparición de una problemática en torno al acompañamiento social y a la educación de los pacientes. La necesidad de un marco de vida estable y el problema del acceso a la atención se han convertido en unos retos importantes.

En Francia, la calidad de vida de las personas enfermas del SIDA mejora notablemente. Desde 1997, se registra una bajada de las hospitalizaciones y el desarrollo de una demanda de mantenimiento a domicilio o de acceso a unas viviendas autónomas. El paciente tiene la elección del lugar en el que se procura los medicamentos antiretrovirales. La proximidad de los dispositivos de atención, el trabajo en red entre

medicina de cabecera y medicina hospitalaria y una mejor toma en consideración de la dimensión social del seguimiento contribuyen a esta mejora. No obstante, las cuestiones de vivienda y de su precariedad se convierten en aún más importantes cuando las expectativas de supervivencia de los enfermos aumentan y que el SIDA toma cierta amplitud entre el colectivo de los toxicómanos, ya de por sí fragilizado por su marginalidad y sus condiciones precarias de existencia.

Paradójicamente, en un contexto que parece mejorar, el año 1996 marca el inicio de un menor compromiso de las administraciones públicas, de la opinión pública y de los medios de comunicación. El Sidacción es un fracaso, de modo que la asociación Act-Up, conocida por sus posturas militantes y sus acciones espectaculares, interviene para recordar que el 40% de las personas afectadas por el VIH son homosexuales y el 40% son toxicómanas. El consenso social, fundado sobre la idea de que puede afectar a cualquiera desaparece, de modo que las donaciones bajan y el apoyo de la opinión pública se diluye. Paralelamente, el movimiento asociativo de los enfermos y de sus aliados se debilita y, con él, el militatismo inicial.

Dos movimientos son identificables. Por una parte, la normalización del SIDA. *A posteriori*, el carácter excepcional del SIDA parece estar vinculado a la vez a la dimensión terapéutica y al pronóstico de la enfermedad. Las condiciones intrínsecas de la enfermedad no han evolucionado puesto que sigue siendo incurable y conserva su carácter epidémico. Pero, el descubrimiento de soluciones terapéuticas marca el paso ante unas lógicas médicas conocidas. Por otra parte, el riesgo de un repunte de la epidemia es fuerte y está vinculado a una bajada de la vigilancia sobre la prevención global y la protección individual. La idea de abandono de la protección hace su camino y tanto el uso de la prueba como la utilización sistemática del preservativo con un compañero ocasional bajan. Sin embargo, continúan produciéndose nuevas contaminaciones y descubrimientos tardíos de la seropositividad. Desde 1995, el nivel anual de contaminación se establece entre 4000 y 6000 personas. Parece indispensable reanudar una comunicación a destinación de la opinión pública y emprender unas acciones orientadas hacia el riesgo de contaminación. En Francia, 120 000 personas son seropositivas, de las cuales más de 20 000 se hallan con la enfermedad del SIDA, sabiendo que 36 000 personas han muerto desde el inicio de la epidemia.

Por último, La epidemia del SIDA habrá sido en los años 1990 el más poderoso revelador del abismo existente entre los países del Norte y del Sur. El 90% de los enfermos del SIDA viven en los países del Sur y se benefician solamente del 10% de los tratamientos. La internacionalización de la epidemia habría podido permitir desarrollar nuevas solidaridades, pero ha mostrado la importancia y el incremento de las desigualdades. La ausencia o la insuficiencia de la prevención, el acceso casi inexistente a los tratamientos y la fragilidad de los dispositivos sanitarios contribuyen a la propagación de la epidemia. Los estragos familiares, sociales y económicos son profundos y tendrán consecuencias importantes sobre el desarrollo de estos países. La situación de los países del Este de Europa es igualmente problemática.

En 2007, el Instituto de vigilancia sanitaria presenta los resultados del análisis de diez años de vigilancia del VIH en Francia. El punto fundamental es el impacto notable de los tratamientos antiretrovirales puestos en marcha desde 1996, que han provocado un retroceso notable del número de casos de SIDA (de 4000 en 1995 se pasa a 1200 en 2005) y de muertes vinculadas al SIDA (de 3000 a 400). Simultáneamente, el número de personas infectadas por el VIH en Francia ha aumentado, situándose en 2005 en torno a 134 000 personas entre las cuales cerca de 27 000 han desarrollado una patología SIDA.

En términos de contaminación, las transmisiones sexuales siguen siendo el modo de propagación principal del virus, con un incremento de los comportamientos de riesgo en el colectivo de los homosexuales masculinos, mientras que la contaminación por el VIH ha disminuido notablemente entre los consumidores de drogas. Además, el número de casos de SIDA ha aumentado de manera considerable entre las personas de África subsahariana, con, como corolario, unas pruebas a menudo tardías y unas dificultades de seguimiento de los tratamientos en un colectivo muy afectado por la precariedad. Por último, los diferentes actores de la lucha contra el SIDA ponen de manifiesto una preocupante indiferencia de los jóvenes ante una enfermedad que consideran como algo del pasado. Así, unas asociaciones, tales como AIDES, relanzan unas campañas de información y de prevención cuyo tema en 2007 es “¿Si fuera seropositivo?”.

En materia de lucha contra el SIDA, un programa de acción 2005-2008 es definido en declinación de la ley sobre la política de salud pública del 9 de agosto de 2004. Este

programa está orientado hacia unos colectivos y unos territorios prioritarios (migrantes, homosexuales, etc.). Es cuestión, a través de este programa, de poner en marcha unas acciones de prevención nacional y local así como unas acciones de apoyo a las estructuras de atención de las personas seropositivas y de ayuda a domicilio.

Programas y medidas

Las asociaciones constituyen el primer pilar del dispositivo de lucha contra el SIDA. Son de dos tipos:

1. Las asociaciones de enfermos y sus aliados (AIDES, VLS, Act-Up) agrupados desde el inicio de la epidemia en un rol de alerta, de información, de prevención y de acompañamiento. Se han ilustrado por su capacidad de organización, de movilización, de acción y de protesta, lo que les ha dado un peso considerable. Su diversidad y su dinamismo les han permitido situarse en la punta de la innovación social en numerosos ámbitos. Su papel ha evolucionado poco a poco hacia una complementariedad con el dispositivo público puesto en marcha, y posteriormente hacia una diversificación de sus acciones en dirección de las personas en situación de precariedad. Sin embargo, unas divisiones internas les han hecho perder cierto crédito. Si han perdido parte de su impacto mediático, siguen estando presentes con los enfermos y sus entornos, comprometiéndose a veces más ampliamente en la lucha contra la toxicomanía o la exclusión.
2. Las asociaciones de acción social, médico-social o sanitaria, han intervenido más tardíamente por la toma en consideración de la contaminación de unos colectivos de los que aseguran el acompañamiento. Extienden su ámbito de acción sin modificar lo fundamental de sus misiones, ya que se adaptan a la nueva problemática. Llevados por su antigüedad ante unas personas en dificultad, se convierten en socios inevitables en la puesta en marcha de las políticas locales de lucha contra el SIDA.

La primera lógica instaurada por los poderes públicos es un enfoque a través de los dispositivos de derecho ordinario. El SIDA es reconocido entre las enfermedades de

larga duración por un decreto del 31 de diciembre de 1986. Aquejados de una enfermedad crónica invalidante, las personas tienen acceso a la ayuda adulto discapacitado (AAH). A partir de 1987, los poderes públicos han puesto en marcha un dispositivo específico de lucha contra el SIDA, organizado en torno a cuatro estructuras centrales: a) la división SIDA, vinculado a la Dirección general de la sanidad, b) el Consejo nacional del SIDA, c) la Agencia nacional de investigación sobre el SIDA y d) la Agencia francesa de lucha contra el SIDA.

A nivel local, dos nuevas formas de intervención sanitaria son utilizadas: los centros de información y de atención de la inmunodeficiencia humana (CISIH) desde 1987 y las redes médicos-hospital (RVH) a partir de 1991. Los CISIH tienen como misión asociar las unidades clínicas, médico-técnicas y de investigación de manera a ofrecer una mejor calidad de la atención y de los servicios a los usuarios. Desempeñan un rol central en la lucha contra el SIDA en centros hospitalarios. Impulsados por unos médicos de cabecera para tomar en consideración los factores médicos, psicológicos y sociales, las redes médicos-hospital pretenden movilizar al conjunto de los profesionales concernidos por la atención de las personas seropositivas. Deben ofrecer una atención global y un seguimiento permanente, adaptados a las necesidades que se fundamenta sobre la colaboración entre profesionales hospitalarios y médicos de cabecera.

Una dotación específica es concedida a los hospitales que tienen una actividad VIH. Las necesidades de información de cualquier índole reciben una respuesta a través de la puesta en marcha de la escucha telefónica, sobre todo con el Sida Info Servicio. Las administraciones locales desempeñan un papel en materia de información, de prevención y de coordinación, a través de las políticas sectoriales de acción social en dirección de los colectivos destinatarios. Poco a poco, la lucha contra el SIDA forma parte de las demás áreas de la salud pública.

Conclusión

Recordemos que los casos de toxicomanía, especialmente los que generan dependencia y que se encuentran en el origen de comportamientos delictivos, han obligado las administraciones públicas a elaborar y a poner en marcha unas políticas específicas de lucha contra la toxicomanía que compaginan atención médica, apoyo psicológica e

inserción social de los toxicómanos y lucha contra el tráfico de drogas. Dicha política ha conocido varias fases: 1) La aprobación de la primera legislación en materia de toxicomanía en 1970 que convierte al consumo de drogas en delito y que se fundamenta sobre la represión del consumo de drogas, la gratuidad de la atención médica y el anonimato para los usuarios en tratamiento; lo que supone la creación de unas estructuras especializadas. 2) Los años 1980 coinciden con la creación de nuevas instituciones, como la Misión permanente de lucha contra la toxicomanía para asegurar la coordinación local y evaluar las acciones llevadas a cabo. No en vano, las campañas de prevención contra el SIDA conocen un cierto retraso en un contexto en el cual los toxicómanos forman el segunda colectivo más afectado por esta enfermedad. 3) Los años 1990 marcan un giro con la mejora de la atención en el dispositivo especializado y la constitución de redes médicos-hospital-toxicomanía, desarrollando el dispositivo de reducción de riesgos y los tratamientos de sustitución. No obstante, el desarrollo de la poli-toxicomanía exige una renovación de las estrategias de prevención, centradas no tanto en los productos sino en los comportamientos. 4) En la última década, además de la lucha contra las drogas ilícitas, los planes de lucha contra la toxicomanía integran en su programa el alcohol, el tabaco y los medicamentos psicótrópos, lo que provoca un escándalo. Pretenden impedir y retrasar la edad de la experimentación de las drogas para los jóvenes y prohibir el consumo de tabaco en los espacios públicos.

La aparición y el posterior desarrollo de la epidemia del SIDA en los años 1980 y 1990, sobre todo entre los toxicómanos que se inyectan sustancias estupefacientes, han supuesto una adaptación de dichas políticas con el fin de atender a los enfermos, de encontrar fármacos y tratamientos y de sensibilizar la sociedad sobre los riesgos de contaminación y sobre la necesidad de prevenir la infección. De hecho, los años 1980 coinciden con la aparición de la enfermedad que parece concernir sobre todo a los toxicómanos y a los homosexuales, lo que conduce a una estigmatización y a una marginación de las personas afectadas. Sin embargo, el descubrimiento del SIDA en 1985 convierte a esta enfermedad en un riesgo colectivo y en un problema de salud pública. Las primeras campañas de sensibilización insisten sobre el hecho de que cualquier persona puede estar afectada y sobre la necesidad de usar el preservativo. Ante la ausencia de tratamiento curativo, la dimensión relacional de la atención, basada en la escucha y en la palabra, se sitúa en el primer plano. Los años 1990-1996 están marcados por la urgencia de la movilización y los actos de solidaridad. Grandes

operaciones médicas, especialmente el Sidacción, hacen un llamamiento a la generosidad del público y obtienen un éxito considerable, lo que permite fomentar la investigación. El descubrimiento de las biterapias y, posteriormente, de las triterapias permiten mejorar la calidad de vida de las personas enfermas del SIDA. El descubrimiento de estos fármacos provoca una normalización del SIDA y el riesgo de un repunte de la epidemia vinculado a una bajada de la vigilancia sobre la prevención global y la protección individual. No en vano, estos tratamientos y las políticas de prevención han permitido reducir el número de enfermos y la cantidad de muertos como consecuencia de esta patología, aunque las relaciones sexuales sigan siendo la primera forma de contracción de la enfermedad.

Más allá, la comprensión de las políticas de lucha contra la toxicomanía y el SIDA supone estudiar detalladamente la estructuración de las políticas sociales en Francia. Efectivamente, a partir de una representación de la arquitectura del dispositivo, de sus fundamentos y de sus instrumentos, conviene analizar las políticas sociales a través de la historia de su construcción y de sus retos. Precisamente, las políticas sociales galas se inscriben en unos marcos jurídicos, determinados en función de los campos de actuación de los diferentes actores que tienen la responsabilidad de elaborarlos y de llevarlos a cabo. La finalidad es la puesta en marcha de una política de protección social coherente y que responda a la diversidad de las necesidades y de las problemáticas. No obstante, la difícil articulación entre Seguridad social, ayuda social y acción social complica este objetivo definido a partir de 1945 y que no ha dejado de evolucionar desde entonces, especialmente con la descentralización político-administrativa y la construcción europea que crean y fortalecen tanto las administraciones locales como las instituciones comunitarias.

Bibliografía

BERGERON, H. (1999), *Etat et toxicomanie, histoire d'une singularité française*. Paris: PUF.

BORRAZ, O., LONCLE-MORICEAU, P. (2000), 'Permanences et recompositions du secteur sanitaire. Les politiques locales de lutte contre le SIDA', *Revue française de sociologie*, n°41-1, p.37-60.

COLLECTIF, (2000), *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001)*. Paris: La Documentation française.

COLLECTIF, (2005), *Drogues et dépendances*. Paris: La Documentation française.

COURTY, P. (2005), *Intervenir en toxicomanie*. Paris: La Découverte.

DENIS, P., BECKER, C. (2006), *L'épidémie du SIDA en Afrique subsaharienne*. Paris: Karthala.

DODIER, N. (2003), *Leçons politiques et l'épidémie de SIDA*. Paris: EHESS.

DOSSIER, (1999), 'Les toxicomanies', *Empan*, n°33.

DOSSIER, 'Les nouvelles toxicomanies', *Culture en mouvement*, n°25.

FAUCHER, J-M. (2000), *Guide et enjeux sociaux du SIDA*. Espaces 34.

FERREOL, G. (1999), *Adolescents et toxicomanie*. Paris: Armand Colin.

GRMEK, M. (2005), *Histoire du SIDA*. Paris: Payot.

HIESCH, E. (1991), *Aides solidaires: 10 ans de solidarité avec les malades du SIDA*. Paris: Le Cerf.

ROUCHY, J-C. (1995), *La double rencontre: toxicomanie et SIDA*. Toulouse: Erès.

SIMMAT-DURAND, L. (2003), *Lutte contre la toxicomanie*. Paris: L'Harmattan.

THIAUDIÈRE, C. (2002), *Sociologie du SIDA*. Paris: La Découverte.

Resumen

Los casos de toxicomanía, especialmente los que generan dependencia y que se encuentran en el origen de comportamientos delictivos, han obligado las administraciones públicas a elaborar y posteriormente a poner en marcha unas políticas específicas de lucha contra la toxicomanía que compaginan atención médica, apoyo psicológica e inserción social de los toxicómanos y lucha contra el tráfico de drogas. La aparición y el posterior desarrollo de la epidemia del SIDA en los años 1980 y 1990, sobre todo entre los toxicómanos que se inyectan sustancias estupefacientes, han supuesto una adaptación de dichas políticas con el fin de atender a los enfermos, de encontrar fármacos y tratamientos y de sensibilizar la sociedad sobre los riesgos de contaminación y sobre la necesidad de prevenir la infección.

Palabras clave

Toxicomanía, SIDA, política social, Francia.

Abstract

The cases of drug addiction, especially those that generate dependency and are at the origin of criminal behaviors, have forced the government to develop and later to implement specific policies to fight against drug addiction which combines medical care, psychological support and social integration of drug addicts. The emergence and subsequent development of the AIDS epidemic in the 1980s and 1990s, especially among addicts who inject drugs have supposed an adaptation of these policies to serve the patients, to find medicaments and treatments and to educate society about the risks of contamination and the need to prevent infection.

Key words

Drug addiction, AIDS, Social policy, France.