

Pasta base de cocaína (paco): cómo y por qué llegó a la Argentina para ser hoy una problemática creciente. La nueva estrategia de reducción de daños, despenalizar y regular

Dres Pedro Cófreces, Francisco Azzato, José Milei

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); Universidad de Buenos Aires; Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional (IATIMET); Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Sin dudas, la reterritorialización del mercado de pasta base de cocaína (paco) y políticas inadecuadas han sido factores fundamentales para la expansión de su consumo en las personas más vulnerables, afectando principalmente a los adolescentes en nuestro país. La pasta base de cocaína genera numerosos daños físicos y psicológicos y amplifica la vulnerabilidad social en los adictos crónicos. Su composición es cada vez más impura. Es fundamental que se realicen más investigaciones para determinar la composición de los produc-

tos comercializados como “paco” para evaluar mejor la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y de control involucrados. Teniendo en cuenta el perfil social de los consumidores, la prevención es la mejor estrategia, a través de programas que propician charlas con los padres y programas preventivos para aplicar en las escuelas (basados en la evidencia científica). Luego del fracaso de años de una concepción y aplicación del modelo prohibicionista, a nivel social general, actualmente el abordaje de la problemática de las drogas desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños está teniendo mejores resultados (el adicto necesita ayuda para disminuir los riesgos y daños que puedan estar vinculados con el consumo). Portugal ha sido el pionero y ha tenido buenos resultados en políticas de reducción de daños, despenalización y regulación de drogas desde hace más de 20 años. El consumidor dejó de ser tratado como delincuente para ser un enfermo que necesita tratamiento. La clave de las políticas de drogas de Portugal es el enfoque centrado en la salud, que necesita de la voluntad política para su funcionamiento adecuado. El compromiso de los gobiernos locales y su alianza con diferentes instituciones, organizaciones de la sociedad civil y patrocinadores empresariales es clave. Para enfrentar a este grave flagelo resulta fundamental la tarea de grupos multidisciplinarios y una política de estado activa, eficiente y accesible a todos los usuarios.

Correspondencia: Dr. Pedro Cófreces
Correo electrónico: pedrocofreces@gmail.com

Palabras claves. Pasta base de cocaína (paco), reterritorialización del mercado, daños en el organismo, perfil social de consumidores, prevención, estrategia de reducción de daños.

Cocaine Base Paste (Paco): How and Why it Arrived in Argentina and Became a Growing Problem Today. The New Strategy of Harm Reduction, Decriminalization and Regulation

Summary

Undoubtedly, the reterritorialization of the market for cocaine base paste (paco) and inadequate policies have been fundamental factors in the expansion of its use among the most vulnerable people, mainly adolescents in our country. Cocaine base paste causes numerous physical and psychological damages and increases the social vulnerability of chronic addicts. Its composition is increasingly impure. Further research to determine the composition of products marketed as "paco" is essential to better assess the nature of the health, social and land control problems involved. Taking into account the social profile of consumers, prevention is the best strategy, through programs that encourage discussions with parents and preventive programs to be applied at school (based on scientific evidence). After years of the failure of a prohibitionist approach and the application of the prohibitionist model at the general social level, the approach to the drug problem from the perspective of risk and harm reduction (the addict needs help to reduce the risks and harms that may be associated with consumption) is currently showing better results. Portugal has been at the forefront of harm reduction, decriminalization and drug regulation policies for more than 20 years, with good results. The consumer is no longer treated as a criminal, but as a sick person in need of treatment. The key to Portugal's drug policy is the health-centred approach, which requires political will to function properly. The commitment of local governments and their partnership with different institutions, civil society organizations and corporate sponsors is key. The role of multidisciplinary groups and an active, efficient and accessible public policy for all users are essential to face this serious flagellum.

Keywords. Cocaine base paste (paco), reterritorialization of the market, physical harm, social profile of consumers, prevention, harm reduction strategy.

Reterritorialización del mercado de pasta base de cocaína (paco) y políticas inadecuadas,

factores fundamentales para la expansión de su consumo en las personas más vulnerables

La entrada de la pasta base de cocaína (paco) a la Argentina y la expansión de su consumo se debe a varios factores. Por un lado, los procesos de producción, tráfico y comercio de cocaína en Argentina y Uruguay fueron reterritorializados a partir de 2006, convirtiendo a estos dos países en productores clandestinos de la droga en laboratorios.¹ Por otro lado, el aumento de la pobreza y el deterioro de las condiciones de vida provocado por políticas inadecuadas (desindustrialización, aumento del desempleo, deterioro del sistema sanitario, etc.)² condujeron a la vulnerabilidad social, con la imposibilidad de acceder a mayores oportunidades, fomentando el consumo y la comercialización de la sustancia.

El mercado de cocaínas fumables se estableció en Perú en 1970 y luego se extendió a Bolivia, Colombia y Ecuador. Argentina y Uruguay han recibido y reciben sus suministros de Bolivia y Perú, ya que no cuentan con áreas propias de cultivo de coca.³ Al respecto, el informe del Transnational Institute¹ señala que el clorhidrato de cocaína (CC) con origen en Bolivia, anteriormente ingresaba a la Argentina por la frontera noroeste (provincias de Salta y Jujuy), luego llegaba a puertos del Atlántico y se embarcaba para su exportación. Actualmente, lo que ingresa por la frontera es la cocaína alcalina (básica) que después es procesada en laboratorios ilegales y convertida en clorhidrato de cocaína.

La disponibilidad y los mejores precios de los precursores químicos necesarios para producir clorhidrato de cocaína en Argentina fomentaron la posibilidad de la producción local. Este nuevo contexto se relaciona con un mayor control de los precursores por parte de los países productores (Convención de la ONU de 1988), que favoreció el establecimiento de las etapas finales de producción en Argentina y Uruguay. Ambos países ofrecen ahora mejores condiciones para el procesamiento de productos químicos y las exportaciones aéreas y marítimas.¹ Así se puede entender el auge de los laboratorios clandestinos y el incremento de la producción de clorhidrato de cocaína observado en los últimos años.

También se cree que el Plan Colombia (tratado que dicho país firmó con Estados Unidos en 1999) influyó en la reterritorialización del mercado de cocaína. El propósito claro del programa era combatir las drogas, y su estrategia básica era eliminar el 50% del cultivo de hoja de coca mediante la fumigación aérea con glifosato por parte de las fuerzas armadas, en cooperación con la policía.⁴ Según Giordano,⁵ el programa fue un fracaso porque aumentó el sufrimiento de los agricultores, con destrucción de plantaciones legales, daños a la salud y a la supervivencia. Colombia, pese a los esfuerzos realizados

en cooperación con Estados Unidos para erradicar los cultivos e interceptar los envíos, es hoy el mayor productor de cocaína del mundo. Por otra parte, la mayor militarización y las políticas antinarcoóticos se han combinado para impulsar la expansión de este mercado a otros países latinoamericanos.⁵ Luego, con la llegada de los laboratorios clandestinos, la reterritorialización de las rutas de producción, comercio y contrabando de cocaína transformaron a la Argentina en un país productor.

Es importante destacar que el paco afecta a las personas más vulnerables, ya que les resulta una droga barata y accesible como consumidores y, a la vez, en algunos casos como partícipes en la cadena comercial, como medio de subsistencia. En Argentina y Uruguay, el paco que se consume es “desecho de cocaína”. Es decir, el residuo que queda en el tanque luego del proceso de fabricación de clorhidrato de cocaína.¹ Los laboratorios se ubican en barrios marginales y son conocidos como “cocinas caseras”, o “microempresas” que representan el último eslabón, el nivel más bajo de la cadena de producción, donde coexisten con organizaciones de industrias más poderosas (relacionadas con las exportaciones). En los procesos de producción, distribución, importación y comercialización de la droga son esenciales grandes capitales financieros. Al producir cocaína para exportar, estas cocinas separan y adulteran la cocaína sobrante y la venden en forma de paco.¹

El problema del estudio de su composición cada vez más impura

Para la extracción y purificación del clorhidrato de cocaína se utilizan disolventes orgánicos como el éter, el tolueno o el petróleo y otros productos como el ácido sulfúrico.⁶

Tal como planteamos en un trabajo publicado en esta revista,⁷ las distintas sustancias empleadas en su obtención y las utilizadas como adulterantes (por vendedores minoristas) determinan distintas calidades de droga, todas englobadas bajo el nombre de paco, pero que pueden contener sustancias muy disímiles con efectos tóxicos diferentes.

En nuestro país, una composición de muestras de cocaína, de paquetes incautados en Buenos Aires fue evaluada por el Departamento de Toxicología y Química Forense del Laboratorio Consultivo de Toxicología Analítica (CENATOXA). Allí se observaron variaciones en el contenido de cocaína en las muestras analizadas. La mayoría de las muestras tenían una pureza promedio superior al 50%. Del conjunto de sustancias, la cafeína fue la única detectada en concentraciones entre el 21,7% y el 23,4%. La presencia de cafeína indica que las personas que consumen el producto están expuestas a más de una sustancia estimulante y adictiva. La presencia de diurón (un herbicida resistente al calor derivado de la urea)

fue un hallazgo sorprendente que puede atribuirse a su uso en zonas de cultivo y sugiere además que el paco puede contener otras sustancias que afectan a la salud.^{8,9}

Se necesitan más investigaciones para determinar la composición de los productos comercializados como “paco” y evaluar mejor la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y de control involucrados. La composición del paco varía de un país a otro porque se utilizan adulterantes diferentes. Diferentes sustancias tóxicas causan diferentes efectos y daños.^{6,10,11,12,13,14} Investigar sus ingredientes no es fácil debido a los costos económicos, pero resulta esencial por el daño y la toxicidad que causan en los consumidores. Asimismo, de acuerdo con el Transnational Institute,¹ se deberán realizar análisis químicos de las sustancias consumidas, con una vigilancia más estructurada en general, lo que ayudará a comprender el origen y funcionamiento del mercado de pasta base para el posterior desarrollo de políticas públicas de prevención.

Efectos y daños del paco en el organismo

Las personas que fuman paco, a largo plazo, pueden experimentar pérdida de peso, palidez, taquicardia, insomnio, verbosidad, midriasis, náuseas y/o vómitos, sequedad de boca, temblores, presión arterial alta, falta de coordinación, dolor de cabeza, mareos, picazón y problemas dentales. Entre los principales órganos afectados por el consumo de paco se encuentran el sistema nervioso central, el sistema cardiovascular y el sistema respiratorio. La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central (SNC) que actúa sobre el núcleo accumbens (el centro del placer situado en el mesencéfalo) y también aumenta la concentración sináptica de dopamina, produciendo un efecto placentero y eufórico. La cocaína fumada llega rápidamente al sistema nervioso central y produce una sensación de euforia en cinco segundos, que desaparece rápidamente y provoca una sensación de angustia muy profunda, que lleva a seguir fumando. A su vez, existen estudios que han revelado una asociación con la hipoperfusión cerebral global¹⁵ y, además, algunos factores de deterioro cognitivo asociados al consumo de paco desde edades tempranas.^{16,17} También se ha encontrado daño cerebral orgánico en los consumidores de paco.^{7,18}

Un estudio de Fundación Favalaro - INECO - INCYT, en el que se analizaron diversas evaluaciones neuropsicológicas de 72 jóvenes adictos, encontró que su funcionamiento cerebral estaba más relacionado con la conectividad entre áreas de este órgano, que con atrofia o cambios estructurales en áreas del mismo. Este hallazgo es importante porque abre la posibilidad de recuperación mediante estimulación cognitiva.¹⁹

A nivel cardiovascular las complicaciones cardiológicas por el consumo sostenido de paco son comunes: disfunción y falla cardíaca izquierda, cardiomiopatía (aguda, subaguda y crónica), isquemia o infarto miocárdico, endocarditis, enfermedad coronaria, arritmia, neumopericardio, disección aortica y coronaria, espasmo coronario y trombosis arterial sistémica.²⁰

Asimismo, un estudio realizado por Kapitan, M y col.²¹ demostró que los consumidores de cocaína, paco o ambas presentaron una alta prevalencia de niveles elevados de rigidez aórtica, del espesor íntima-media arterial y niveles reducidos de la función endotelial, pese a ser muy jóvenes. Los investigadores concluyeron que los consumidores de cocaína y paco pueden experimentar un envejecimiento prematuro de las arterias.

Las complicaciones respiratorias han sido bien descritas en lo que se denomina el síndrome de pulmón de crack, caracterizado por la presencia de hemorragia alveolar difusa, que se presenta con infiltrados alveolares y puede progresar a insuficiencia respiratoria. El pulmón de crack incluye signos y síntomas como dolor torácico, fiebre, disnea, hemoptisis, hipoxemia, tos con expectoración carbonácea, broncoespasmo e insuficiencia respiratoria.²²

Perfil social de los consumidores

Los consumidores de paco no tienen acceso a la atención primaria y forman parte de familias disfuncionales. La mayoría carecen de hogar, están desempleados o tienen empleo precario y mal remunerado y su nivel educativo es menor, con alta deserción escolar.^{10,23,24} En Argentina, si bien el consumo de paco se ha generalizado, es mayor en el gran Buenos Aires, donde las tasas de pobreza son altas. Entre las clases medias, los efectos del consumo de paco muestran diferencias debido al estado nutricional, los recursos simbólicos y las redes de inclusión, más que por la composición toxicológica en sí.²⁵

Los consumidores de paco de los países latinoamericanos comparten características comunes, como la exclusión social, son predominantemente masculinos (el consumo femenino es menos pronunciado), tienen menos de 30 años y son consumidores de diversas sustancias (policonsumidores). De manera similar, un estudio del Observatorio Uruguayo de Drogas²⁶ mostró que los consumidores uruguayos comparten características comunes en términos de estigma y vulnerabilidad social respecto de los consumidores argentinos.

Finalmente, otro rasgo común entre los consumidores de paco es la falta de acceso a los centros de salud y planes de tratamiento (falta de cobertura médica, falta de recursos necesarios en los hospitales públicos, falta de pautas públicas de atención y contención, estigma social).^{10,24}

Junto con el consumo, la exclusión social previa del drogadicto se vuelve cada vez más grave y su posibilidad de integración en la sociedad cada vez más lejana. El paco exacerba la vulnerabilidad social de base de las personas dependientes a través de la pérdida de vínculos familiares y relaciones laborales, así como el surgimiento de problemas de orden judicial y de seguridad, debido a robos, crímenes, accidentes y comportamientos de violencia (percibida como peligrosa por familiares, amigos y vecinos).^{27,28}

Prevención del consumo del paco en adolescentes

Resultan claros los daños psíquicos, físicos y la problemática social que genera el paco en los consumidores. El consumo de esta droga se da en menores de 30 años (jóvenes - adolescentes) que están en pleno desarrollo de sus capacidades psíquicas, afectando aún más su posterior desarrollo. Incluso, el informe del observatorio del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires²⁹ muestra que algunos niños ya consumen drogas a los 12 o 13 años. La prevención es entonces la mejor estrategia, mediante programas que propician charlas con los padres, así como programas preventivos para aplicar en las escuelas (basados en la evidencia científica). Estos programas de prevención aumentan los factores protectores y eliminan o reducen los factores de riesgo del consumo de drogas. Están diseñados para diferentes grupos de edad y se pueden utilizar individualmente o en grupo, por ejemplo, en la escuela o en la casa.³⁰ De acuerdo con esta publicación, existen tres tipos de programas:

- Planificación universal: se centra en los factores de riesgo y de protección, comunes a todos los niños en un entorno determinado como una escuela o una comunidad.
- Programas selectivos: se dirigen a grupos de niños y jóvenes que están expuestos a determinados factores que aumentan el riesgo de consumo de drogas.
- Programas focalizados: Están dirigidos a jóvenes que han iniciado el consumo de drogas.³⁰

Comportamientos como el consumo de drogas requieren una explicación biopsicosocial o más bien sociopsicobiológica, ya que la explicación del consumo, tanto cuantitativa como cualitativamente, es el aspecto más importante en sociedades concretas como la nuestra, debido fundamentalmente a factores sociales, en segundo lugar, psicológicos y finalmente biológicos.³¹

Por lo tanto, la prevención debe centrarse tanto en la implementación de intervenciones para el abandono del consumo de drogas como en la mejora de todas las variables asociadas con el inicio,

desarrollo y mantenimiento de su consumo. Deben focalizarse en las características diferenciales de los individuos (por ejemplo, mejorar sus estrategias de afrontamiento) y de los sistemas sociales (por ejemplo, oportunidades laborales, resolución de la falta de vivienda), así como otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (tendencias, conducta delictiva, baja autoestima, etc.). Una explicación integral del comportamiento humano requiere que se tenga en consideración el componente sociocultural de la persona (el contexto en el que ha nacido, vivido y aprendido).³¹

En España pueden encontrarse varias herramientas de prevención, como un catálogo de programas preventivos de drogas, patrocinados por la Agencia Antinarcoóticos de la Comunidad de Madrid. A su vez, pueden utilizarse varios metaanálisis y revisiones sistemáticas para evaluar qué programas funcionan. Los psicólogos tienen mucho que hacer cuando se trata del abuso de sustancias y otras adicciones, tanto en términos de prevención como de tratamiento. La psicología sabe muy bien qué es la adicción, tiene una explicación psicológica completa y programas de prevención adecuados para que las personas no comiencen a consumir drogas.³¹

En la Argentina, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) es el organismo nacional responsable del abordaje integral del consumo problemático de sustancias psicoactivas. Dicho organismo está a cargo de coordinar políticas públicas enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias en todo el territorio nacional.

De la concepción prohibicionista de la droga en tratamientos de los consumidores y en la lucha contra el narcotráfico, a la nueva estrategia: reducción de daños, despenalizar y regular

Como hemos planteado en esta revista⁷ es de suma importancia conocer los distintos modelos o paradigmas teóricos, los sujetos y los contextos que dan lugar a diferentes respuestas o estrategias de intervención cuando se aborda la problemática de las drogas, su prevención y tratamientos. Gallardo³² describe cuatro modelos: el ético-jurídico, el médico-sanitario, el psicosocial y el sociocultural. Cada uno de ellos otorga distinta relevancia y consideración a drogas, sujetos y contextos. El modelo ético-jurídico considera al consumo como un delito y al consumidor como un transgresor con total responsabilidad e intencionalidad. Se busca cortar el acceso a la sustancia y su estrategia preventiva es divulgar las consecuencias nocivas del uso de drogas. El modelo médico-sanitario considera al adicto como un enfermo al que hay que

curar; las intervenciones se apoyan en la prescripción, el consejo y la información, en el marco de la institucionalización de las personas que consumen. El modelo psicosocial corre el foco desde la sustancia hacia el sujeto: las adicciones son vistas como consecuencia de un malestar psíquico y el consumo de drogas como una forma de manifestar aquello que no puede ser dicho. Se enfatiza la importancia del medio social cercano (familia, amigos) en el consumo de sustancias. Por último, el modelo sociocultural postula que la estructura socioeconómica y los aspectos culturales determinan en gran medida el consumo de drogas. Así, el consumo sería parte de un síntoma, no ya en términos de psicopatología sino de disfunciones sociales. Dichos modelos se relacionan entonces con dos estrategias o modos de intervención: abstencionista o prohibicionista por un lado (supresión del consumo como punto de inicio de cualquier tratamiento) y de reducción de riesgos y daños por el otro (el adicto necesita ayuda para disminuir los riesgos y daños que puedan estar vinculados con el consumo). Los daños o riesgos pueden ser de salud (transmisión de enfermedades), sociales (estigmatización, vulnerabilidad social) y legales (penalización por la tenencia y comercialización de estupefacientes).³²

En Buenos Aires se aplican dos modelos para el tratamiento de las drogas: la abstinencia y la reducción del daño. Al igual que en Uruguay, el modelo más consolidado es el abstencionista. El modelo de reducción de daños intenta moderar los problemas asociados al consumo de drogas, ya sea reemplazando el uso de ciertas sustancias por otras menos nocivas o con prácticas más controladas. Inicialmente estas prácticas fueron planteadas como experiencias piloto, limitadas y marginales a la respuesta socio-sanitaria al problema de las drogas. No obstante, este modelo de intervención ha encontrado numerosas resistencias y obstáculos para su implementación y aceptación.¹

Un ejemplo del concepto de modelo de reducción de daños es el Centro Vecinal Católico Hogar de Cristo, que desde 2008 brinda una respuesta integral a la vulnerabilidad social y el consumo de drogas en barrios populares. En estos centros vecinales queda claro que dejar de consumir no es el único problema que enfrentan los niños y adolescentes adictos en estos entornos. También tienen que abordar cuestiones como la accesibilidad a la vivienda, el empleo y el asesoramiento jurídico. Esto significa que la recuperación de la adicción requiere un amplio seguimiento y apoyo del estado anímico del consumidor (por ejemplo, mejorar la dieta y salir de la calle puede ser muy positivo para los adictos en tratamiento).

Cortés y Metal³ sostienen que los municipios y sus alianzas con diversas instituciones, organi-

zaciones de la sociedad civil y patrocinadores comerciales son fundamentales para el éxito de estos programas de reducción de daños. También argumentan que es necesario realizar más investigaciones de campo sobre diferentes aspectos del consumo de cocaína para que la información obtenida pueda ampliar el acceso a los servicios sociales y de salud. Además enfatizan la importancia de involucrar a los consumidores de drogas en el desarrollo e implementación de todas las políticas nacionales relevantes.

En Brasil, Colombia, Jamaica y Canadá han introducido el cannabis como una práctica de reducción de daños para los consumidores de cocaína. Los resultados de los estudios observacionales nacionales antes mencionados muestran una serie de resultados muy positivos, como la reducción o eliminación del consumo de cocaína, así como mejores patrones dietéticos, de cuidado personal y atención a los familiares adictos. Sin embargo, algunas personas involucradas en estos estudios señalan que los efectos del cannabis no siempre satisfacen a todos los consumidores porque no es un estimulante fuerte, en cuyo caso se pueden recomendar estimulantes similares a las anfetaminas, como la piperazina o algunas anfetaminas.¹

Asimismo, de acuerdo con dicho informe, se recomienda implementar una estrategia regional que incluya a los países productores de coca para abordar de manera más efectiva la propagación y expansión del narcotráfico en la región.¹ En general, se han utilizado estrategias de prohibición en la lucha contra el narcotráfico, pero han fracasado. Por ello, en los últimos años ha aparecido una nueva estrategia cuyo principal objetivo es legalizar y regular el consumo de cannabis.⁵

Portugal ha sido el pionero y ha obtenido buenos resultados con las políticas de reducción de daños, despenalización y regulación de drogas desde hace más de 20 años. Para que la nueva estrategia funcione debe haber voluntad política. La experiencia de Portugal demostró que la salud pública resultó ser mejor estrategia que la justicia criminal. El consumidor dejó de ser tratado como delincuente para ser un enfermo que necesita tratamiento. Como resultado, han disminuido las infecciones por VIH y las muertes relacionadas con drogas. Asimismo, no hubo un aumento del consumo de drogas. Sin embargo, estas mejoras no son solamente el resultado de la política de despenalización. La clave de las políticas de drogas de Portugal es el enfoque centrado en la salud.^{33,34}

La práctica clandestina e ilegal de drogas solo ha servido para implementar y engrandecer el gran negocio de los narcotraficantes (con más criminalización, violencia y muerte), de los políticos y de los jueces involucrados que conforman

redes de complicidad.³⁵ El acceso legal, controlado y regulado puede ser una forma para que el narcotráfico pierda gradualmente su poder.³

Conclusiones

El consumo de paco es cada vez mayor en nuestro país y afecta principalmente a los adolescentes más vulnerables. Dicha sustancia genera numerosos daños físicos y psicológicos y amplifica la vulnerabilidad social en los adictos crónicos. La reterritorialización del mercado sumado a las políticas inadecuadas convirtieron a nuestro país en productor de esta droga y han generado una mayor facilidad para el acceso, el consumo y su comercialización. Ante esta situación, con una composición cada vez más impura, que genera múltiples daños y toxicidad en los consumidores, es imprescindible investigar el conjunto de sustancias que se utilizan como adulterantes, pese a los costos económicos. De esta manera, conocer en profundidad los efectos y daños que genera en los consumidores conducirá a medidas de prevención más efectivas y la generación y aplicación de políticas públicas al respecto. Como se ha planteado, resulta claro el perfil social de los consumidores de paco y, en este sentido, los programas de prevención necesitan tener en cuenta las características particulares de los afectados. Resulta esencial apuntar a una mayor prevención en el ámbito familiar y educativo.

A nivel gubernamental es importante aplicar políticas públicas accesibles a todas las personas que lo necesiten, considerando e incluyendo la comorbilidad, aspectos biomédicos y psicosociales, así como recursos de apoyo comunitario.¹⁰

A nivel social, general, el abordaje de la problemática de las drogas desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños (el adicto necesita ayuda para disminuir los riesgos y daños que puedan estar vinculados con el consumo) está teniendo mejores resultados. Para el éxito de estos programas es necesario el compromiso de los gobiernos locales y su alianza con diferentes instituciones, organizaciones de la sociedad civil y patrocinadores empresariales.³ Finalmente, para poder enfrentar a este grave flagelo resultan fundamentales la tarea de grupos multidisciplinarios y una política de estado activa, eficiente y accesible a todos los usuarios.^{36,37}

Bibliografía

1. Equipo Intercambios A.C en Argentina, Garibotto, G y otros en Uruguay y Blickman Tom en Brasil (Transnational Institute, 2006). El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el cono sur.
2. Epele M. 2010. Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires, Paidós.

3. Cortés, E y Metal, P. Transnational Institute (2019). Mercados de Cocaína fumable en América Latina y El Caribe. Llamamiento a favor de una respuesta sostenible en materia de políticas. <https://www.tni.org/files/download/200612281211405043.pdf>
4. Wikipedia/Plan Colombia (2024). https://es.wikipedia.org/wiki/Plan_Colombia
5. Giordano, E (2020). Historia de un fracaso. La resaca del plan Colombia. Revista Contexto y Acción. <http://back.ctxt.es/es/20201201/Politica/34420/plan-colombia-glifosato-violencia-drogas-eduardo-giordano>.
6. Division of narcotic drugs Vienna. Clandestine manufacture of substances under international control. Manual for use by national law enforcement authorities and personnel of narcotics laboratories. United Nations, New York 1987.
7. Cófreces P, Azzato F, Castilla R, Milei J (2022) Pasta base de cocaína (paco): estado de situación desde un enfoque global. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2022;135:7-16.
8. Quiroga, PN, Olivera, NM, Vignati K, Ridolfi A, Villamil Lepori EC. Estudio de los compuestos presentes en muestras no biológicas de cocaína analizadas en el CENATOXA. Acta Toxicológica Argentina 2009;17:24.
9. Quiroga PN, Olivera NM, Jerez GA, Vignati KG. Estudio analítico de muestras de paco. Acta Toxicológica Argentina 2012; 20:22.
10. Pascale, A, Cumsille, F, Hynes, M, y Bares, C 2014. Consumo de pasta base de cocaína en América del sur: revisión de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/266654249>
11. Galvalisi, Martín (2016). Efectos neuroquímicos y comportamentales inducidos por PBC inhalada en ratas. Tesis de Maestría. Universidad de la República de Uruguay. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12008/10168>
12. Hikichi N, Bonda J, Lerena E. Adulterantes de cocaína: levamisol y fenacetina. Presencia en huesos y otras muestras forenses. Resúmenes del 9º Congreso Regional Latinoamericano de TIAFT. URUTIAFT. Cienc. forense latinoam. 2013 (Suplem):68.
13. Meikle, MN, Urbanavicius, J, Prunell, G, Umpiérrez, E, Abín-Carriquiry, A, Scorza, M. Primer estudio preclínico de la acción de pasta base de cocaína en el sistema nervioso central. Rev Psiquiatr Urug 2009; 73: 25-36.
14. López-Hill X, Prieto JP, Meikle MN, Urbanavicius J, Abin-Carriquiry JA, Prunell G *et al*. Coca-paste seized samples characterization: chemical analysis, stimulating effect in rats and relevance of caffeine as a major adulterant. Behav Brain Res. 2011; 221:134-41.
15. Previgliano I, Cortese S, Di Nardo V, Lara E, Da Ré S, Villareal O, Poliszuk J, Fernández ME, Quinteros M, Damin C, Nuñez M. Changes in cerebral hemodynamics in chronic users of "PACO" and cocaine: case-control study. Vertex 2014; 25:92-98.
16. Berardino, BG, Fesser, EA, Belluscio, LM, Gianatiempo, O, Pregi, N & Cánepa, ET. Effects of cocaine base paste on anxiety-like behavior and immediate-early gene expression in nucleus accumbens and medial prefrontal cortex of female mice. Psychopharmacology volumen. 2019; 236:3525-3539.
17. Observatorio Uruguayo de Drogas. Pasta base de Cocaína en Uruguay (2014). Compilación. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/pasta-base-cocaina-uruguay-compilecion-2014>
18. Bojórquez E. 1991. Probable daño orgánico cerebral en consumidores de pasta de coca. Psicoactiva, CEDRO; V(8): 55-107.
19. De la Fuente, A., Sedeño, L., Schurmann Vignaga, S., Ellmann, C., Sonzogni, S., Belluscio, L., García-Cordero, I., Castagnaro, E., Boano, M., Cetkovich, M., Torralva, T., Cánepa, E., Tagliazucchi, E., García, A.M., and Ibañez, A. Multimodal neurocognitive markers of interoceptive tuning in smoked cocaine. Marcadores multimodales neurocognitivos de reorganización interoceptiva por consumo de paco. Neuropsychopharmacology (2019) 0:1-10; <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0370-3>
20. Schwartz B.G., Rezkalla, S., Kloner, R.A. Cardiovascular effects of Cocaine. Circulation. 2010; 122: 2558-69.
21. Kapitan, M. *et al* (2014). El consumo crónico de clorhidrato y/o pasta base de cocaína asocia envejecimiento arterial prematuro y aumento del riesgo cardiovascular. Rev Urug Cardiol. 29: 299-310. https://suc.org.uy/revista/v29n3/pdf/rcv29n3_kapitan-cocaina.pdf
22. Sánchez Hinestroza, M. S., González, A., Godoy, M., Idoyaga, P., Santos, A. Pulmón de crack (2020). Servicio de Neumonología. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Buenos Aires, Argentina Revista Americana de Medicina Respiratoria Vol 20 N° 1.
23. Hidalgo Carmona CG, Santis Barros R, Rodríguez Tobar J, Hayden Canobra V, Anselmo Montequín E. Family functioning of out-of-treatment cocaine base paste and cocaine hydrochloride users. Addict Behav 2008; 33: 866-879.
24. Ahumada, G., Hynes, M., y Cumsille, F. 2015. Consumo de drogas y vulnerabilidad social: las Cocaínas Fumables IIº Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de Cuyo. Mesa 30 "Uso problemático de drogas: políticas, prácticas y saberes". Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Mendoza, Argentina, 27 y 28 de agosto de 2015. Observatorio Interamericano de Drogas. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Organización de los Estados Americanos.
25. Gallardo, R. A. Contribuciones de Aguilar, Mariana *et al.*; (2016). El paco: informe sobre consumo y efectos en el cinturón de la CABA: 2016. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Jusbaies, 2016. Libro digital, PDF. Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-987-4057-17-4. Disponible en: <https://editorial.jusbaies.gub.ar/descargar/147.pdf>

26. Observatorio Uruguayo de Drogas. Pasta base de Cocaína en Uruguay (2014). Compilación. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/pasta-base-cocaína-uruguay-compilación-2014>
27. Garibotto G, Calicchio L, Latorre L, Scarlatta L. Transnational Institute (2019). Mercados de Cocaína fumable en América Latina y El Caribe. Características del consumo y mercado de PBC en Montevideo y Área metropolitana. Disponible en: https://www.tni.org/files/publication-downloads/tni-smokablecocaína_sp_web-def.pdf
28. Observatorio de Uso de Sustancias Psicoactivas/Subsecretaría de Atención a las Adicciones (SADA). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2006). "Estudio de consumo de Pasta Base en una Villa de emergencia del conurbano Bonaerense". Disponible en: <http://miguezhuigo.com.ar/PB/pb1.pdf>
29. Observatorio de Drogas - Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones - Ministerio de Desarrollo Social - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, "Consumo de Paco y sustancias psicoactivas en niños y niñas en situación de calle y jóvenes en tratamiento (2008)". Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2016/10/24/68741d33316762d4f2dd23459e6682121187ac60.pdf>
30. National Institute on Drug Abuse. (2024). Recuperado de <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adicción/prevención-del-abuso-de-drogas-la-mejor-estrategia>
31. Becoña Iglesias, E. Fundamentos psicológicos de la prevención del abuso de drogas. Nombramiento de psicólogo, 2007; 28:11-20.
32. Gallardo, R A. Contribuciones de Aguilar, Mariana *et al.*; (2016). El paco: informe sobre consumo y efectos en el cinturón de la CABA: 2016. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Jusbaire, 2016. Libro digital, PDF. Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-987-4057-17-4. Disponible en: https://www.academia.edu/42767271/EL_PACO_INFORME_CIUDAD_DE_BUENOS_AIRES_CONSUMO_EFECTOS
33. Linde, P. Diario El País. 2019. https://elpais.com/sociedad/2019/05/02/actualidad/1556794358_113193.html
34. Murkin, G. Despenalización de drogas en Portugal: dejando las cosas claras. 2017. <https://www.muco.org.mx/wpcontent/uploads/2017/10/Despenalización-de-drogas-en-Portugal.pdf>
35. INECIP. Arduino, Ileana. Narcotráfico: políticos, jueces y miembros de las fuerzas de seguridad arman redes de complicidad en un flagelo que crece. (2016). <https://inecip.org/prensa/inecip-en-los-medios/narcotráfico-políticos-jueces-y-miembros-de-las-fuerzas-de-seguridad-arman-redes-de-complicidad-en-un-flagelo-que-crece/>
36. Castilla R, Mateu F, Azzato F, Milei J. Productos intermedios de la cocaína: la pasta base o "paco". Revista de la Asociación Médica Argentina. 2020; 133:20.
37. Castilla R, Mateu F, Azzato F, Milei J. Cocaína y paco en cardiología. Un tema que considerar. Rev Argentina de Cardiología. 2020; 88:452-454.