



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat Autònoma de Barcelona

1

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Cartografías de las drogas: Estudio de la Reducción de Daños y Riesgos y de las prácticas de Gestión de Placeres desde Cataluña

Alumna: Camila Cristina de Oliveira Rodrigues

Directores: Pilar Albertín Carbó (UAB) y Silvio Yasui (UNESP)

Programa de Doctorat Persona i Societat en el Món Contemporani  
Línea de Recerca Acció Pública y Políticas Públicas en el ámbito de la Salud y la  
Gestión de Riesgos

Departament de Psicologia Social de la UAB

Programa de Doutorado Psicologia e Sociedade da UNESP Assis



## Agradecimientos

A mi familia, en especial a Ana Silva Oliveira, Janete Silva Oliveira, Carla Regina de Oliveira Rodrigues, Maria Eduarda Rodrigues Caetano, Maria Clara Rodrigues Caetano, João Carlos Rodrigues e Mauro Antônio da Silva Oliveira por todo el apoyo, por creer en mí y hacerme confiar que podía llegar hasta ningun@ de nosotros había llegado todavía.

A mis directores de tesis Pilar Albertín Carbò y Silvio Yasui por su generosidad, apoyo y orientación en todo proceso de producción de la tesis.

A María de los Ángeles Martínez Jimenez, Marcelo López Pinto (el “Rubio”), Marcel López Martínez, Marc López Martínez, Martina Fernández Balsera y Martina López Fernandez por el cariño con que me recibieron en Barcelona.

A Luciana Togni, Luciana Nogueira, Elizabeth Lima, Luz Maria Martínez, Enrique Baleriola y Maristela Moraes por su orientación en los paneles y tribunales de defensa.

A mis amig@s del Doctorado, en especial a Bruna Lima Diniz y Andreia Duarte, por mostrarme otros tránsitos posibles entre la universidad y la vida.

A Ana Colomar, Alicia Molina, Jorge Delás, Patrícia Colomera Águila, Rafael Cluã por todo su apoyo en el trabajo de campo.

A los usuarios y usuarias de los servicios de salud mental donde trabajé, por enseñarme tanto sobre el cuidado y la vida.

A los compañeros y compañeras de trabajo de la Red de Salud Mental de Campinas y de São José do Rio Preto por sus alianzas y por tantas enseñanzas.

A mis amigas Pérola Lozano, Elizandra Zeulli, Ana Cristina Vangrelino, Francielly Damas, Gustavo Schiezaró, Erika Marinheiro, Bruna Martins Reis, Camila Ramos,



Universitat Autònoma de Barcelona

3

Karina Boin, Juliana Souza, Bernardino Lopes Neto, Juliana Vendroni, Tabata Pereira Lima por el colorido especial que traen para mi vida.

A Aran Palau Vilajosana y Roger Martínez Saloni por la amistad anárquica.

A mi eterna maestra Dra. Marilia Muylaert con quienes aprendí a amar la Clínica de la Diferencia.

A toda la familia Ilesin Ogún Lakaine Osimole, en especial a Babá Toloji, Obade, Euzi Nunes, Bonide y Vinnie Fuscaldy por todo el cariño y axé compartidos.



## Resumen

Considerase que es necesario cualificar las prácticas y políticas de drogas existentes y sus formas de atención a la población consumidora, especialmente aquellas personas que viven múltiples procesos de exclusión social, ha sido el motor de esta tesis. Esta investigación busca comprender y analizar el funcionamiento de las actuales prácticas de Reducción de Daños y Riesgos (RDR) adoptadas como estrategias de producción de cuidado en el campo de las drogas. Por tanto, se utilizarán documentos internacionales, españoles y catalanes y datos obtenidos en el trabajo de campo desarrollado con l@s profesionales y usuari@s de la Red de Atención a las Drogodependencias del área metropolitana de Barcelona (ES). A ello hay que sumarle la experiencia de la investigadora en el campo de las drogas vivida principalmente en la ciudad de Campinas (Brasil). El marco teórico se ha basado en algunos conceptos derivados de la Genealogía, de las perspectivas Decoloniales e Interseccionales. Para el desarrollo de este estudio se ha elegido el método de Investigación Cualitativa y se ha trabajado con las técnicas de Observación Participante, del Shadowing o Sombreamiento y de Entrevistas en Profundidad en la etapa de recopilación de informaciones. En el proceso del análisis de la información se ha utilizado el enfoque de la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss. Como resultado de este trabajo, se presentan los principales dispositivos de Reducción de Daños y Riesgos en ejecución en el área metropolitana de Barcelona (ES) y un análisis sobre la RDR a través de la elaboración de categorías claves y consideraciones finales.

*Palabras clave:* Cuidado, Atención a las Drogodependencias, Reducción de Daños y Riesgos, Genealogía, Dispositivos de Poder.



## Resumo

Considerando que é necessário aprimorar as práticas e políticas de drogas existentes e suas formas de atenção à população consumidora, principalmente àquelas que passam por múltiplos processos de exclusão social. Esta pesquisa busca compreender e analisar o funcionamento das atuais práticas de Redução de Danos e Riscos (RDR) tomadas como estratégias para a produção do cuidado no campo das drogas. Para isso, se utiliza de documentos e dados internacionais, espanhóis e catalães obtidos do trabalho de campo realizado com trabalhadores e usuários da “Red de Atención a las Drogodependencias” da Área Metropolitana de Barcelona (ES), além da experiência da pesquisadora na área de drogas vivenciada na cidade de Campinas (Brasil). O referencial teórico se baseia em alguns conceitos derivados da Genealogia, de perspectivas Decoloniais e Interseccionais. Para o desenvolvimento deste estudo, se adota o método de Pesquisa Qualitativa e as técnicas de Observação Participante, Shadowing ou Sombreamento e Entrevistas em Profundidade na etapa de coleta de dados. No processo de análise dos dados, se trabalha com a abordagem da Teoria Fundamentada de Glaser e Strauss. Como resultado deste trabalho, são apresentados os principais dispositivos de Redução de Danos e Riscos em execução na área metropolitana de Barcelona (ES), e uma análise da RDR produzida por meio da elaboração de categorias-chave seguidas das considerações finais.

*Palavras chave:* Cuidados, Atenção às Pessoas que fazem uso de Álcool e outras Drogas, Redução de Danos e Riscos, Genealogia, Dispositivos de Poder.



### **Abstract**

Considering that it is necessary to qualify existing drug practices and policies and their forms of attention to the consuming population, especially those people who experience multiple processes of social exclusion. This research seeks to understand and analyze the functioning of current Harm and Risk Reduction (DRR) practices adopted as care production strategies in the field of drugs. Therefore, international, Spanish and Catalan documents and data obtained in the fieldwork carried out with the professionals and users of the Drug Addiction Care Network of the Barcelona metropolitan area (ES) will be used, in addition to the experience of the researcher in the field of drugs lived mainly in the city of Campinas (Brazil). The theoretical framework has been based on some concepts derived from Genealogy, Decolonial and Intersectional perspectives. For the development of this study, the Qualitative Research method has been chosen and the techniques of Participant Observation, Shadowing and In-Depth Interviews have been used in the information gathering stage. In the information analysis process, the Glaser and Strauss Grounded Theory approach has been used. As a result of this work, the main Harm and Risk Reduction devices in execution in the Barcelona metropolitan area (ES) are presented, as well as an analysis of RDR presented through the elaboration of key categories followed by final considerations.

*Keywords:* Care, Care for Drug Dependencies, Harm and Risk Reduction, Genealogy, Power Devices.



## Índice

1. INTRODUCCIÓN .....	11
<b>1.1. Presentación del problema.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Antecedentes que motivaron la investigación.....</b>	<b>25</b>
2. OBJETIVOS.....	31
3. RECORRIDO SÓCIO-HISTÓRICO DE LAS DROGAS.....	32
<b>3.1 Los modelos científicos de las drogas: la formación de una enfermedad.....</b>	<b>32</b>
<i>3.1.1 Los modelos científicos del campo de las drogas</i>	
<b>3.2 La construcción del modelo de reducción de daños y riesgos hasta llegar a la noción de Gestión de Placeres.....</b>	<b>40</b>
<i>3.2.1 La gestión de placeres y riesgos</i>	
4. LO POLÍTICO Y LA POLÍTICA: UNA VALORACIÓN SOBRE LOS PLANES DE DROGAS DE ESPAÑA Y DE CATALUNYA.....	61
<b>4.1 El contexto español.....</b>	<b>61</b>
<b>4.2 El contexto catalán y barcelonés.....</b>	<b>76</b>
<b>4.3 La contingencia de la política de drogas en España.....</b>	<b>91</b>
<b>4.4 El político y las drogas.....</b>	<b>94</b>
<b>4.5 La política y lo político en el contexto actual.....</b>	<b>99</b>





5. UNA CARTOGRAFÍA DE LAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS .....	104
<b>5.1 Los dispositivos fijos.....</b>	<b>105</b>
5.1.1 <i>Los Centros de Atención a las drogodependencias</i>	
5.1.2 <i>Los Centros Sociosanitarios de Baja Exigencia</i>	
<b>5.2 Los dispositivos mixtos.....</b>	<b>111</b>
5.2.1 <i>Las Salas de Consumo Seguro</i>	
5.2.2 <i>Los Programas de Sustitución</i>	
5.2.3 <i>Los Programas de Distribución de Parafernalia</i>	
5.2.4 <i>Los Servicios de Asesoramiento y Análisis de Sustancias</i>	
5.2.5 <i>Programa de Inclusión Social y Laboral</i>	
<b>5.3 Los dispositivos móviles.....</b>	<b>138</b>
5.3.1 <i>Los Programas de Acercamiento</i>	
5.3.2 <i>Los Programas de Acercamiento en contexto de ocio</i>	
5.3.3 <i>Los Programas de Acercamiento en contexto educativo</i>	
6. MARCO TEÓRICO: MIRADAS POSIBLES SOBRE EL FENÓMENO DE LAS DROGAS.....	149
<b>6.1 De la genealogía del poder hasta una genealogía de las drogas.149</b>	
6.1.1 <i>Concepción jurídica del poder</i>	
6.1.2 <i>Concepción estratégica del poder</i>	
6.1.3 <i>Subjetivación y Biopoder</i>	
6.1.4 <i>Problematización moral</i>	



6.1.5 *Gubernamentalidad*

**6.2 De la Necropolítica a una Perspectiva Decolonial de las Drogas..171**

6.2.1 *Necropolítica*

6.2.2 *Capitalismo gore*

6.2.3 *Subjetivación y Necropolítica*

**6.3 La interseccionalidad y el farmacopoder, otras miradas hacia las drogas.....187**

6.3.1 *Perspectiva de género interseccional*

6.3.2 *El dispositivo drogas y el farmacopoder*

**7. LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS DESDE LAS PERSPECTIVAS DE L@S PROFESIONALES, USUARIOS Y USUARIAS.....209**

**7.1 Metodología.....209**

7.1.1 *Metodología cualitativa y técnica de investigación*

**7.2 Procedimientos y métodos para obtener informaciones.....210**

7.2.1 *La aproximación al campo*

7.2.2 *Observación participante y Técnica Shadowing o Sombreamiento*

7.2.3 *Entrevistas en profundidad*

7.2.4 *Consideraciones éticas y legales*

7.2.5 *Recopilación de documentos*

**7.3 Análisis de la información.....227**

**7.4 Resultados.....228**

7.4.1 *La atención centrada en la persona y en el bienestar comunitario*



*7.4.2 Arriesgamos, luego evaluamos: el diseño metodológico del trabajo en la RDR*

*7.4.3 Satisfacción profesional y desarrollo de competencias*

*7.4.4 De la alarma hacia la invisibilidad: las principales dificultades y tensiones de ejecución de las políticas y de las prácticas de RDR*

*7.4.5 Gafas violetas: la perspectiva de género y las expectativas antes los avances de la RDR*

*7.4.6 Los desafíos actuales de la RDR*

**8. LA RDR Y EL CUIDADO EN EL CAMPO DE LAS DROGAS.....291**

**8.1 Los Programas RDR y la Droga.....292**

**8.2 Los Programas RDR y el Contexto Político-Social.....300**

**8.3 Los Programas RDR y las Prácticas de Cuidados .....305**

**8.4 Consideraciones sobre la RDR en el contexto de Latinoamérica 313**

**8.5 A Modo de Conclusión.....315**

**9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....323**

**10. ANEXOS.....352**

**10.1 Anexo 1**

**10.2 Anexo 2**

**10.3 Anexo 3**

**10.4 Anexo 4**



*es perfectamente innecesario  
crear cosa alguna en materia de drogas, pues tanto la génesis  
del asunto como las drogas mismas son un objeto de experiencia*

Antonio Escohotado



*Repito por pura alegria de viver:  
a salvação é pelo risco,  
sem o qual a vida não vale a pena!*

Clarice Linspector



## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Presentación del problema

Considerando que es necesario cualificar las prácticas y políticas de drogas existentes y sus formas de atención a la población consumidora, especialmente aquellas personas que viven múltiples procesos de exclusión social. Esta investigación buscó comprender y analizar el funcionamiento de las actuales prácticas de reducción de daños y riesgos utilizadas como estrategia de producción de cuidado en el campo de las drogas.

Uno de los factores que impulsarán el desarrollo de un estudio sobre esta tipo de estrategia de cuidado se debe a la constatación de limitaciones encontradas en los programas de intervención existentes, principalmente en el sentido de que se muestran insuficientes para alcanzar ciertos colectivos de personas que, incluso conociendo los posibles riesgos en el consumo, eligen asumirlos y hacer uso de drogas (Heather, Wodak, Nadelmann, O'Hare, 1993; Junkie Bund Basel, 1996; Erikson, Riley, Cheung, O'Hare, 1997).

Queda claro que hay un distanciamiento entre las personas que plantean las propuestas de cuidado, l@s profesionales que las ejecutan y los usuarios y usuari@s. Muchas acciones en el ámbito de la atención sociosanitaria en drogas fueron y siguen siendo desarrolladas sin consenso con las personas que usan drogas, exigiendo de las mismas unas expectativas poco realistas que no consideran sus necesidades, ni la complejidad del fenómeno del uso de drogas (Drucker, 1995; Fromberg, 1995).



Según De Andrés, Magrí y Borrás (1996), muchas personas consumidoras ni siquiera acceden a los servicios tradicionales, pues no se sienten comprendidas en sus necesidades, en cuanto otras no se sienten capaces de adaptarse a las ofertas de cuidado ofrecidas y terminan abandonando el tratamiento.

En este sentido, las prácticas de reducción de daños y riesgos buscan romper con este aislamiento y proponer estrategias más cercanas y realistas basándose en las personas consumidoras y sus necesidades cotidianas.

La perspectiva de Reducción de Daños y Riesgos considera que es importante tener en cuenta que las personas que consumen drogas ya tienen cierta experiencia y aprendizaje sobre las drogas cuando llegan a un servicio de salud. Para empezar su contacto con las sustancias psicoactivas, estas personas tuvieron que enfrentar una serie de barreras morales y legales impuestas por el mandato social. Experimentaron situaciones de riesgo para acceder a las drogas y después para consumirlas. Todo esto las llevarán a construir un aprendizaje basado en la producción de estrategias de enfrentamiento de los riesgos que es compuesto básicamente por la transmisión de un tipo de conocimiento compartido por sus pares basado en la experiencia personal que ganan a partir del uso de drogas (De Andrés, Magrí, Borrás, 1996).

Esto ocurre, en gran parte, pues el acceso a informaciones objetivas sobre las drogas es un hecho que sigue siendo silenciado en la sociedad. El imperativo “no a las drogas” es un discurso que se produce desde un cierto tipo de ocultación que hace que las personas vivan sus experiencias de manera oculta, insegura y descuidada, sin tener un conocimiento claro sobre lo que están consumiendo y las implicaciones que el uso puede traer para sus vivencias personales.



En muchos casos, los riesgos son más o menos gestionados, todavía cuando este consumo se vuelve problemático o nocivo, en la mayor parte de las veces, las personas acaban siendo dirigidas a espacios de tratamiento donde se les ofrecen estrategias de atención orientadas solamente al abandono del consumo. Estos contextos tienden a reforzar el desconocimiento sobre las drogas, el juicio moral, además de ignorar que existen distintas posibilidades de relación de las personas con las sustancias psicoactivas.

Por estas razones, la Reducción de Daños y Riesgos es una perspectiva que busca cuestionar este “vacío preventivo entre la abstinencia y el tratamiento (...) y llenar este hueco mediante el intercambio de informaciones sobre las drogas y un contacto con las personas consumidoras para empoderarse y poder así preservar su salud” (Oró y Gómez, 2013, p.32-33).

Al proponer estrategias de cuidado que van más allá de las propuestas basadas en la abstinencia, se acerca más a las personas consumidoras incluso a aquellas en contexto de uso problemático que se muestran más resistentes a buscar ayuda o tratamiento.

Tal como explica Oró y Gómez (2013, p. 25):

los consumos de drogas son comportamientos que se adquieren en contextos concretos en los cuales se dotan de significados, que generan unas expectativas y retroalimentan la búsqueda de unos comportamientos con relación a otros individuos por lo que la consecución de unos determinados fines se asocia a los efectos que se inducen o se les suponen a las sustancias. Todo ello genera una gran variabilidad de situaciones, de formas





de consumo, de actividades desarrolladas tras el consumo y nutre un sinfín de posibles relaciones con las drogas, variables y orientadas por distintas fuerzas.

La Reducción de Daños y Riesgos parte de la premisa que el uso de drogas es un fenómeno complejo y multidimensional, es decir que ni todos los consumos abarcan los mismos riesgos ni tampoco llegan a generar los mismos daños a las personas consumidoras. Así que se sustenta que es posible reducir una parte significativa de los riesgos asociados al uso de drogas sin necesariamente tener que abandonar por completo esta práctica (Oró y Gómez, 2013).

De otra parte, los posibles daños asociados al consumo de drogas precisan ser analizados con cuidado, pues hay diferentes tipos de daños como los daños en la salud, los daños sociales, económicos, políticos, jurídicos, entre otros, y no siempre los daños impactan directamente a la persona consumidora, muchas veces afectan a su red social o la sociedad en general (Oró y Gómez, 2013).

En este sentido, también hay que considerar el carácter interseccional del consumo de drogas y su correlación con otros fenómenos sociales como la pobreza, la educación, el trabajo, la violencia, así como el consumo de las personas en relación al género, la etnia o la raza, la edad, la diversidad funcional y otras variables de desigualdad que impactan sus capacidades de reducir los riesgos y daños (Crenshaw, 1989; Platero, 2012).

Además, es importante destacar el hecho de que la Reducción de Daños y Riesgos es una mirada epistemológica que dialoga con el movimiento de transformación de las tradicionales relaciones de cuidado que colocan las personas



en una posición pasiva en relación con el tratamiento, desconsiderando sus elecciones y conocimientos sobre sí mismas (Esteban, 2017).

La Reducción de Daños y Riesgos reconoce aún que una parte de las personas seguirán consumiendo drogas, así como la humanidad viene haciendo a lo largo de toda su historia y defiende, sobre todo, el derecho de las personas a usar drogas y poder acceder a informaciones claras y objetivas sobre los posibles riesgos y daños que el consumo les puede provocar. Por más transgresora que esta idea parezca a algun@s, con estos planteamientos se busca contribuir para que la sociedad cambie su mirada hacia las drogas y comprenda que es necesario aprender a convivir con ellas, pues estas están para quedarse (O'Hare, 1997).

Con todo lo expuesto se puede decir que la perspectiva de la Reducción de Daños y Riesgos se define como el conjunto de estrategias dirigidas a minimizar los efectos negativos físicos, psíquicos, sociales, económicos y políticos relacionados al uso de drogas mediante acciones desarrolladas tanto a nivel individual como colectivo.

Todavía, es fundamental destacar que tales acciones necesitan ser realizadas considerando los principios éticos del cuidado, pues se tiene en cuenta que si la aplicación de estos programas estuviera alejada de estos principios se puede perfectamente reproducir la lógica de disciplinarización y control social establecida en otros modelos de cuidado.

De esta manera, la Reducción de Daños y Riesgos no es una perspectiva que se cierra en sí misma, por lo contrario, se posiciona como una práctica flexible, crítica, interseccional y abierta a una constante reinención.

Así que se puede encontrar una variedad de programas como los dirigidos a



las personas usuarias de drogas inyectadas, inhaladas, fumadas y bebidas, además de los programas desarrollados para diferentes drogas como la heroína, la cocaína, el alcohol, el cannabis, las metanfetaminas, el MDMA o éxtasis, el speed, la ketamina, el GHB, el 2-CB, los hongos, el LSD, la ayahuasca, entre otras (Rovira Guardiola, Cortés, Vidal Guiné, Rodríguez, Armengol, Álvarez, Clua García, Ventura, 2018).

Los programas de reducción de daños y riesgos pueden ser organizados en la modalidad de un servicio específico, pero también pueden ser aplicados como una estrategia complementaria en servicios que actúan con objetivos sociales y de salud más amplios. Finalmente, se puede aún encontrar programas elaborados para atender a grupos sociales específicos como los jóvenes, mujeres, población en situación de calle, personas con VIH/ SIDA, entre otros.

Dentro de esta variabilidad de intervenciones realizadas, las que más se han destacado han sido los programas de distribución e intercambio de jeringuillas, las estrategias de acercamiento, los programas de mantenimiento con metadona, heroína y otros agonistas opiáceos, los programas de distribución de naloxona, los programas de atención sociosanitaria y los espacios de consumo higiénico y seguro de sustancias (Nadelmann, McNeely, Drucker, 1997).

Los objetivos de los programas de distribución e intercambio de jeringuillas es básicamente reducir la práctica de compartir el material de inyección, disminuyendo las posibilidades de contagio de enfermedades infecciosas entre las personas consumidoras de drogas inyectadas.

Actualmente, la oferta de los kits de consumo inyectado es hecha sin la exigencia del intercambio de jeringuillas utilizadas, aunque el intercambio siga



siendo estimulado. De modo complementario, durante estas intervenciones se busca también dar orientaciones sanitarias, educativas y de apoyo a las personas consumidoras que quieren acceder a otros servicios sociales y sanitarios (Delás; Adán; Aguas; Andreo; De Andrés; De Andrés; Bacovich; Català; Camí; Díaz; Eningo; Fernández; García; Penche; González; Grifols; Iannello; Kistmacher; Martín; Martínez; Martínez; Morcillo; Rivas; Sbert; Serra; Trujillo, 2014).

Las estrategias de acercamiento se dieron a conocer como las acciones que van al encuentro de las personas consumidoras con el propósito de ofrecer información y cuidados básicos de salud. Estos programas además de ofrecer los kits de consumo higiénico adaptados a diferentes tipos de drogas y modos de consumo también ofrecen folletos informativos que explican cómo hacer un uso menos dañino, como evitar y/o intervenir en caso de sobredosis (Rhodes, 1996).

Una de las modalidades de estos programas contempla la contratación de personas consumidoras en activo o ex-consumidoras como agentes de salud, estas experiencias han demostrado que el contacto entre pares tiene una efectividad superior que el trabajo hecho solo por profesionales de salud (De Andrés; Magrí; Borrás, 1996).

Los programas de mantenimiento con metadona, heroína y otros agonistas opiáceos buscan intervenir no sólo en los riesgos de transmisión de otras enfermedades, sino también en las altas tasas de sobredosis relacionadas con el consumo de estas sustancias al ofrecer una sustancia preparada en condiciones adecuadas y en dosis aceptables al consumo para las personas que no quieren o no consiguen dejar de hacer el uso.

Los programas de mantenimiento con metadona son más conocidos, en



relación a los programas con heroína, los cuales aún sufren prejuicios y, aunque han demostrado gran efectividad clínica, han sido aplicados en pocos países tales como Holanda, Canadá y Australia (Grup Igia, 2000). El caso australiano es un ejemplo de la persistencia de los estigmas en relación a estos programas. Según Wodak (1997), el programa australiano fue cerrado después de seis años de funcionamiento por motivos exclusivamente políticos.

Ya en relación a los programas de mantenimiento con otros opiáceos como la morfina, la buprenorfina, el LAMM, la codeína y el palfium, el número limitado de estudios y los bajos estímulos para la realización de evaluaciones sobre sus resultados, impiden que se reconozca su efectividad en la aplicación de programas de reducción de daños y riesgos (Grup Igia, 2001).

En cuanto a los programas de atención sociosanitaria, estos objetivan ofrecer espacios cercanos y acogedores de acceso inmediato a las personas consumidoras que sufren múltiples vulnerabilidades. En estos servicios además de ofrecerse atención, cuidados médicos y de enfermería y asesoramiento social, es común disponer de kits de consumo higiénico, duchas, lavandería y alimentación. En muchos casos, los espacios de consumo higiénico y seguro están instalados en estos servicios, aunque también hay experiencias en que estos espacios fueron instalados como unidades móviles (Delás et al, 2014).

Los espacios de consumo higiénico buscan disminuir las prácticas de riesgos y daños asociados sobre todo al consumo de drogas inyectadas e inhaladas, ofreciendo un espacio seguro para el consumo, kits para la realización de un consumo higiénico y soporte de profesionales sanitarios capacitados para intervenir en casos de sobredosis y asesorar un consumo menos dañino (EMCDDA, 2018).



Ya los programas de distribución de naloxona consisten en realizar talleres educativos con las personas consumidoras de heroína en que se ofrecen orientaciones sobre cómo ell@s pueden intervenir en caso de presenciar una sobredosis y evaluar la necesidad de aplicar la naloxona que es un antagonista opiáceo que reduce significativamente la mortalidad asociada a episodios de sobredosis. Al final de estos talleres los participantes reciben gratuitamente un kit de naloxona que ellos pueden llevar consigo (Burris, Norland and Edlin, 2001).

Como se puede ver todos estos programas parten de la idea que las personas consumidoras son capaces de adquirir competencias para desarrollar prácticas de cuidado y autocuidado asociadas al consumo de drogas especialmente facilitándoles informaciones y medios para su ejecución.

Así que, desde esta perspectiva, el desarrollo de las estrategias de reducción de daños y riesgos envuelve a las personas consumidoras preferencialmente en todas las etapas de aplicación, valorando su opinión, sus propuestas de acción y su capacidad de actuar al lado de los profesionales de salud en las intervenciones.

En este sentido, la Reducción de Daños y Riesgos busca también derrocar el mito de que las personas consumidoras de drogas son incapaces de participar tanto de la producción como de la ejecución de prácticas de cuidado. También es una mirada que incentiva el activismo de las personas consumidoras y la organización de asociaciones de usuari@s y profesionales (Grup Igja, 2000, 2001).

La aparición del VIH/ SIDA en los años 80 y el crecimiento de personas consumidoras de drogas infectadas con el virus reforzó la idea de que existían daños más preocupantes que el propio consumo de drogas. El VIH/ SIDA fue un fenómeno que contribuyó para que la reducción de daños y riesgos fuese



incorporada en el rol de las políticas públicas, pues en muchos países las preocupaciones con la expansión del contagio posibilitaron que los políticos y la sociedad revisaran y superasen los rechazos en torno de sus principios y propuestas (Romaní, 2000).

Según Romaní (2003), los programas de reducción de daños y riesgos se han desarrollado bajo un contexto legal y sociocultural prohibicionista generador de estigmatización y criminalización basado en un proyecto político que funciona desde un discurso de reducir la oferta de drogas para disminuir la demanda.

En países como Suiza, Alemania, Países Bajos, Inglaterra, Australia y en algunas regiones de España, Portugal y Canadá se puede notar que la reducción de daños y riesgos es más aceptada y utilizada como perspectiva en la mayor parte de las intervenciones del ámbito sociosanitario. Todavía, se sigue encontrando limitaciones políticas e ideológicas para implementar estos programas en la mayoría de los otros países del mundo (Grup Igia, 2000, 2001).

En países de América Latina, por ejemplo, aunque haya experiencias puntuales de reducción de daños y riesgos, suele imperar el modelo penal, biomédico y prohibicionista, basado en la abstinencia de las drogas. Tales experiencias son llevadas por la sociedad civil con poco o ningún subsidio financiero del Estado que no garantiza el derecho de acceso al cuidado a las personas consumidoras (Peyraube, 2017).

Las políticas prohibicionistas producen estrategias que tienen como prioridad reforzar unas reglas y padrones morales, jurídicos y sociales establecidos sobre las drogas. Así que el prohibicionismo va de la mano con el paradigma de la disciplinarización de los cuerpos y del punitivismo (Souza, 2014).



Tal modelo estimula a que la sociedad mantenga y promueva una gestión sobre las drogas basada en el aislamiento, la criminalización y la estigmatización de las sustancias y de las personas consumidoras, haciendo que incluso se defiendan, sin cuestionamientos o resistencias, medidas de disciplinarización, seguridad y control del Estado (Velarde, 2021).

De otra parte, esas políticas que prohíben de manera radical el consumo de drogas utilizan a las personas consumidoras como chivos expiatorios, enmascarando los reales problemas de la sociedad, colaborando para incrementar los daños, entre otros procesos de producción de desigualdades que agravan aún más las condiciones de vida de los grupos sociales marginalizados (Sepúlveda Galeas, 2011).

De acuerdo con Drucker (1995), puede afirmarse que muchas de las consecuencias más destructivas y de los problemas del consumo de drogas ilegales no son el resultado de las drogas per se, sino de las leyes y políticas sobre drogas, es decir, la ilegalidad de dichas sustancias y la criminalización del usuario.

En este sentido, en la Primera Conferencia Internacional sobre la Reducción de los Daños Relacionados con la Droga se llegó a conclusión que se debería destacar al hablar de los daños de aquellos propiamente relacionados con las disposiciones jurídicas sobre drogas (Trujols & Marco, 1999).

Además, es sabido que las prácticas basadas en la abstinencia no han tenido mucho éxito en la adhesión y permanencia de las personas consumidoras en sus programas de tratamiento, pues las exigencias y obligaciones requeridas son tan duras y distantes de la realidad que las personas terminan por alejarse o evitan buscar ayuda en estos espacios.





Por estas razones, las estrategias de reducción de daños y riesgos se colocaron en franca contradicción con las políticas prohibicionistas y su asociación con el sistema penal, advirtiendo sobre los problemas relacionados con este tipo de gestión pública del fenómeno de las drogas. Aunque el tema de la legalización de todas las drogas no sea un consenso, desde la Reducción de Daños y Riesgos se ha intentado apuntar y problematizar los daños asociados a los procesos de criminalización de las personas consumidoras de drogas consideradas ilegales ().

En este sentido, esta perspectiva se articula con un movimiento de defensa de los derechos de las personas consumidoras y del reconocimiento de estos sujetos como personas capaces de tomar decisiones y de organizar sus propias vidas. Más allá de esto, la Reducción de Daños y Riesgos proporciona una posición diferente de l@s usuari@s, del papel de las drogas, y de la mirada de la ciudadanía en la sociedad.

Según estudios anteriores (EMCDDA, 2018), la región metropolitana de Barcelona puso en marcha un gran número de estrategias de reducción de daños y riesgos existentes. Actualmente, este territorio es responsable por la producción de una de las redes de cuidado con los mayores números de programas de reducción de daños y riesgos instalados del mundo, tanto del punto de vista de la cantidad cuanto de la variabilidad de estrategias utilizadas.

Por estas razones se consideró la red de la atención a las drogodependencias de la área metropolitana de Barcelona como un dispositivo interesante para esta investigación, pues además de posibilitar conocer el funcionamiento de distintos programas de reducción de daños y riesgos, esta experiencia puede incentivar la producción de otras iniciativas de atención a las personas consumidoras, sobre todo



en contextos en que este tipo de estrategia de cuidado es menos incentivada o desarrollada en cuanto política pública.

Aunque se partió de la premisa de que la Reducción de Daños y Riesgos es una perspectiva potente, no se trata de hacer de este estudio una apología a la reducción de daños y riesgos, por lo contrario, entenderse que también es necesario ponerla en análisis y buscar puntos de interpelación.

Así que, desde un punto de vista crítico, se ha utilizado la mirada interseccional y decolonial como referencial para cuestionar y discutir como la reducción de daños y riesgo puede tanto dirigirse hacia un camino de radicalización de producción de cuidado y de modos de subjetivación libertarios, cómo puede volverse una composición con ciertas miradas neoliberales.

Desde estos planteamientos producimos algunas preguntas que intentamos responder a lo largo de esta investigación:

¿Cuáles son los principales objetivos, directrices y principios de la reducción de daños y riesgos? ¿Cuáles son las principales herramientas metodológicas que sustentan el trabajo de reducción de daños y riesgos? ¿Cómo los programas existentes en Cataluña pueden servir de dispositivos orientadores de las políticas de atención sociosanitarias en el ámbito de las drogas? ¿Cuáles son las principales dificultades y desafíos apuntados por l@s participantes de la investigación sobre el actual contexto de las prácticas de reducción de daños y riesgos a que están involucrados?

## **1.2 Antecedentes que motivaron la investigación**

Las preguntas que me llevaron a proponer este estudio surgieron a partir de



una visita que realicé a uno de los Servicios de Atención a las Drogodependencias de Barcelona (España). Desde este primer contacto con las salas de consumo asistido de drogas, pasé a preguntarme cómo esta modalidad de tratamiento, aún innovadora para la mayoría de los países, podría ser aplicada en una red de atención como la existente en Brasil donde trabajaba en aquel momento. ¿Cómo sería trabajar en Brasil desde una práctica de atención a las drogodependencias que ofrece acciones de baja exigencia basadas en la reducción de daños y riesgos?

Durante los cinco años de graduación en Psicología, busqué involucrarme con la Psicología Social a través de la participación de actividades curriculares y extracurriculares, así como con proyectos de extensión, investigación e iniciación científica.

Después de la graduación, continué mi formación profesional a través de un Curso de Posgrado en Salud Mental coordinado por el Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Ciencias Médicas en 2005. En este curso, desarrollé acciones de rehabilitación psicosocial en un CAPS III (Centro de Atención Psicosocial 24 horas) de una gran ciudad del Estado de São Paulo. La práctica profesional supervisada me permitió mejorar mi actuación como psicóloga clínica y contribuyó con mi contratación en esta red de salud, donde actué hasta 2019.

Al total fueron 14 años de trabajo en esta Red de Atención Psicosocial, seis años como Psicóloga Clínica en CAPS III, tres años como Apoyadora Institucional de Salud Mental y casi cinco años como Gerente en un CAPS AD III<sup>1</sup> (Centro de

---

<sup>1</sup> Atiende a personas adultas que presentan algún tipo de sufrimiento mental asociado al consumo de crack, alcohol y otras drogas. Se trata de un servicio de atención multiprofesional continua que funciona las 24 horas del día, incluidos festivos y fines de semana, ofreciendo apoyo clínico, psicosocial y atención nocturna. Es indicado para municipios o regiones con población superior a 150.000 (ciento cincuenta mil) habitantes.



Atención Psicosocial Alcohol y Otras Drogas 24h). Durante este período, llevé a cabo cursos de capacitación en el área clínica y gestión de políticas públicas y también participé de congresos y otros eventos científicos en el área que me impulsaron a comenzar el Máster en 2014.

El Máster se realizó en una Facultad Pública de Medicina, en el Departamento de Salud Colectiva, en el área de Políticas Públicas, Planificación y Gestión y el tema investigado fue el proceso de judicialización de la salud mental. La investigación de campo se dividió en tres fases compuestas por la lectura de los registros de casos de pacientes admitidos en régimen de internamiento psiquiátrico obligatorio determinado por los tribunales brasileños, entrevistas con una de las pacientes y talleres con trabajadores de la red, además de observaciones participantes en reuniones de discusión de los casos judiciales.

Los resultados de la investigación mostraron que lo que motivó a la gran mayoría de las solicitudes de hospitalización obligatoria fue el uso problemático de drogas y casi la mitad de los casos ya habían sufrido más de una hospitalización de este tipo. Aunque el tema de las drogas es un campo complejo que va más allá de las dimensiones de la Salud Mental, el proceso de judicialización en esta área mostró una intensificación creciente del proceso de medicalización que viene articulando las relaciones entre la Política de Drogas y la Política de Atención Psicosocial.

La lectura de algunos trabajos de Michel Foucault añadidos a otras referencias bibliográficas centradas en el tema me ayudó a construir un análisis de los casos a partir de la noción de los anormales acuñada por Foucault.

Paralelamente a este proceso de investigación, empecé el trabajo de gestión



en un CAPS AD III que favoreció mi contacto con la población que hace un uso problemático del alcohol y otras drogas y despertó mi interés en investigar prácticas psicosociales innovadoras que se han desarrollado en este sector tanto en Brasil como en otros países. La visita al Centro de Atención a las Drogodependencias - CAS Baluard en Barcelona (ES) fue uno de los contactos establecidos en aquel momento.

Durante el trabajo desarrollado en CAPS AD III, noté que muchas prácticas construidas para subsidiar la atención a los usuarios con trastornos mentales graves de CAPS III se reproducen en CAPS AD sin pasar por un proceso de reflexión y ajuste de las necesidades psicosociales que las personas que hacen un uso problemático del alcohol y otras drogas demandan.

Así que empecé a buscar experiencias en el área de drogas capaces de desarrollar estrategias de cuidado más ajustadas a la dinámica subjetiva y a las necesidades de las personas que hacen un uso problemático del alcohol y otras drogas. Creo que es fundamental para que este trabajo produzca respuestas más efectivas que se intente dialogar más con esta población.

En Brasil, las políticas públicas producidas en el área de las drogas aún son incipientes. Los principales servicios existentes son los CAPS AD, las Unidades de Acogida, los Servicios de Calle y las Comunidades Terapéuticas. Los primeros funcionan basados en los principios de la Reforma Psiquiátrica y del modelo de Atención Psicosocial (Costa-Rosa, 2013). Mientras que las Comunidades Terapéuticas, en su mayoría, funcionan a partir del modelo prohibicionista y proponen la abstinencia de las drogas. Estas son administradas por instituciones religiosas que ofrecen un tratamiento moral compuesto por acciones religiosas y



laborales. Muchos estudios presentan críticas sobre las prácticas desarrolladas en estas comunidades y denuncian situaciones de vulneración de derechos (Rui, 2014; Conselho Federal de Psicologia, 2018).

A pesar de esto, una gran parte de los fondos públicos brasileños sigue destinada al subsidio de las Comunidades Terapéuticas y se realiza poca inversión de recursos en la formulación y apoyo a otros tipos de proyecto vinculados a la perspectiva de Reducción de Daños y Riesgos. Iniciativas como la “Rede Nacional de Feministas Antiprohibicionistas” (RENFA), la “Escola Livre de Redução de Danos” (Recife/ PE), la “Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas” (INNPd), el grupo “Diverso de Saúde Mental, Redução de Danos e Direitos Humanos” de la UNIFESP (Santos /SP), el “Centro de Convivência e Redução de Danos É De Lei” (São Paulo/ SP), la “Plataforma Brasileira de Política de Drogas” y el “proyecto Género e Drogas” del Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (São Paulo – SP) funcionan de manera independiente y con poco apoyo estatal.

Se cree que la búsqueda de prácticas de atención más efectivas para esta población en Brasil debería ser una necesidad importante y que se podría incluso fortalecer las iniciativas existentes, además de aprovechar otras experiencias internacionales como la Red Catalana de Atención a las Drogas que podría servir como fuente inspiración para la producción de otras modalidades de atención y cuidado a las personas consumidoras de drogas.

Durante una estancia en Barcelona me puse en contacto con el gerente del CAS Baluard que me remitió al Coordinador de Políticas de Drogas de la Provincia de Barcelona. A través de este contacto, tuve acceso al Plan Político Estatal para la Atención a las Adicciones a las Drogas, entre otros textos que discuten las



estrategias de reducción de daños y riesgos desarrolladas en esta zona de España. Además, se me permitió hacer una visita de un día al CAS Baluard donde me recibió el gerente de esta unidad.

Este primer contacto con el servicio me provocó de manera significativa, porque, como lo explicó el gerente del CAS, la forma en que funciona este servicio permite a las personas usarlo de diferentes maneras. Hay un espacio dirigido a las personas que buscan ayuda para su consumo de drogas, sin la obligación de ser incluidas en un programa de tratamiento psicosocial. En este lugar, las personas pueden consumir su droga inhalada e inyectada en un espacio protegido y con la asistencia de un equipo de salud, además de tener acceso al tratamiento con metadona y recursos como alimentos, baños, lavadora y actividades socioeducativas.

Esta área del CAS se considera un sector de acciones de baja demanda, mientras que el otro espacio es ofrecido a las personas que desean someterse a un tratamiento más sistemático planificado y basado en la atención psicosocial y en el desarrollo de un proyecto terapéutico personal. Este segundo espacio nos remite mucho al trabajo ya ofrecido en Brasil en los CAPS AD.

El hecho de que el equipo brasileño se base en el principio de que todas las personas que buscan el espacio de tratamiento lo buscan porque están decididos a ser tratados es algo que se convirtió en una cuestión después de esta visita. Estas experiencias me impulsaron a continuar estudiando el tema de la atención a la población que hace uso problemático del alcohol y otras drogas como una política pública, entendiendo que esta es una posibilidad de resignificar y avanzar en la producción de una política de drogas más articulada con los derechos humanos y los



modelos integrales de cuidado en salud.

Así que establecí contactos con profesores que desarrollan investigaciones en esta área en Cataluña y obtuve la aceptación de la profesora Pilar Albertín Carbó de la Universidad Autónoma de Barcelona y de la Universidad de Girona para guiarme durante esta investigación doctoral.

## 2. OBJETIVOS

El objetivo general de esta investigación es comprender y analizar cómo están funcionando las prácticas de reducción de daños y riesgos utilizadas como estrategias de producción de cuidado en el campo de las drogas. Entiéndese por prácticas las posibles articulaciones entre las políticas y las acciones desarrolladas





por los sujetos.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Presentar los principales dispositivos de reducción de daños y riesgos en ejecución en el área metropolitana de Barcelona (ES).
2. Comprender la reducción de daños y riesgos utilizando documentos internacionales, españoles y catalanes y datos obtenidos de entrevistas y observaciones participantes con l@s trabajadores, l@s usuari@s participantes de la investigación y de la experiencia de la investigadora en el campo de las drogas.
3. Producir un análisis sobre la reducción de daños y riesgos utilizando el marco teórico de la genealogía, los estudios decoloniales e interseccionales.

### 3. RECORRIDO SÓCIO-HISTÓRICO DE LAS DROGAS

#### **3.1 Los modelos científicos de las drogas: la formación de una enfermedad**



Aunque la humanidad utiliza drogas desde hace miles de años, muchos estudiosos en el tema afirman que su construcción conceptual como una enfermedad no tendría más de 250 años (Levine, 1978). Durante esta reciente historia del consumo de drogas como enfermedad fueron producidos algunos modelos científicos que buscaron explicar esta construcción que se hizo conocida como adicciones y drogodependencias.

El término drogodependencias fue sugerido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética. Este tipo de consumo de drogas suele presentar una tendencia a incrementar la dosis generando dependencia física y psicológica que puede manifestarse por medio de síndromes de abstinencia produciendo efectos nocivos al individuo y a la sociedad. En 2008, la OMS consideró la adicción como una de las principales preocupaciones en materia de salud a nivel internacional equiparándola con problemas como la higiene y la desnutrición (OMS, 1964, 1982, 2008).

Ya el término adicciones fue propuesto por Levine (1978) como un intento de sostener que el problema del consumo nocivo de alcohol por los hombres tenía que ver con una “enfermedad del cerebro”. Durante todo el siglo XIX, fueron descritas características comportamentales que objetivan explicar el consumo de drogas. Aunque todas ellas se basaran en principios más psicológicos que biológicos, intentaban justificar las bases de la enfermedad y una supuesta predisposición neurobiológica de la misma (White, 2000).

Conocer estos modelos científicos es importante para que podamos comprender la formación de los distintos discursos existentes sobre el tema de las



drogas hasta llegar a la idea de la reducción de daños. Así que antes de tratar directamente los conceptos de daños, riesgos y placeres, presentaremos un sucinto recorrido sobre los modelos científicos que contribuyeron a la consolidación del concepto de adicciones y drogodependencias.

### *3.1.1 Los modelos científicos del campo de las drogas*

El interés sobre el papel de distintas hierbas psicodélicas tales como el peyote, los hongos, la ayahuasca y la marihuana en la cultura y su uso medicinal y/o religioso en sociedades tradicionales despertó la atención en el campo antropológico a mediados del siglo XIX. En la década de 1930s, Weston La Barre desarrolló una investigación antropológica sobre el uso medicinal y ritualista del peyote en los pueblos indígenas norteamericanos que fue muy reconocida. Estos estudios fueron realizados principalmente bajo una perspectiva etnográfica y, en la actualidad, podemos acceder a una vasta literatura sobre el tema (Lévi Strauss, 1997; Dobkin de Ríos, 1973; Fericgla, 1985).

En este mismo período los sociólogos de la Escuela de Chicago empezaron a realizar investigaciones etnográficas sobre el uso de drogas, pero en los contextos urbanos, problematizando cómo el contexto urbano afecta al uso de drogas de forma completamente distinta (Dai, 1937). Lindesmith (1947) va a proponer un estudio basado en la experiencia subjetiva de los usuarios de heroína y va a discutir que el estilo de vida de estas personas es generado por una sociedad que estigmatiza las conductas desviadas y los separa en determinados espacios urbanos.

Ya Becker (1953), desarrollará una investigación con usuarios de marihuana



que lo llevará a defender que la sensación del placer está relacionada con la experiencia social y simbólica que estas personas tienen desde sus grupos de pares. En otro estudio, el mismo autor va a discutir que la subcultura de la desviación es un fenómeno producido por la sociedad y no por características biológicas o psicológicas.

Esta perspectiva fue denominada de modelo sociocultural, basada en estudios de antropología y sociología que demuestran la gran variabilidad de situaciones que existen detrás de la etiqueta de adicción. Este modelo también atraviesa todo el siglo XIX, contribuyendo con estudios sobre el uso tradicional de sustancias, sus rituales en los contextos de las sociedades tradicionales e indígenas, hasta las subculturas urbanas de la droga características de las sociedades contemporáneas.

Estas investigaciones privilegiaron el carácter cualitativo en sus trabajos, el uso de métodos etnográficos urbanos, las técnicas de observación-participación y de trayectorias de enfermedad/malestar (adicción). En los contextos actuales, se destacan los estudios de la Escuela de Chicago que defienden que el contexto urbano y la interacción social tiene una gran influencia sobre las características del consumo de drogas de nuestra época, siendo productor de una serie de condiciones adversas y generadoras de distinciones sociales tales como el estigma y el etiquetamiento social.

Según Romaní y Apud (2016, p. 121-122)

A través de estos distintos estudios, el modelo sociocultural ha cuestionado la noción clásica de “drogodependencia” en términos exclusivamente biológicos,



exponiendo su relación con las formas de organización de la vida cotidiana, así como los procesos de identificación y construcción de identidad (Romaní, 2000). Las metodologías cualitativas han tenido la capacidad de un mayor acercamiento a poblaciones “ocultas” o de difícil accesibilidad, a través de técnicas que permiten comprender la perspectiva de los actores. En el caso de las adicciones, tanto la ilegalidad como la estigmatización que sufren los consumidores hacen que la investigación in situ exija un juego de negociaciones y confianza que supone compartir espacios cotidianos y lenguajes comunes, por lo que resulta esencial este tipo de metodologías para investigar sus prácticas en toda su profundidad. Por otro lado, el estudio del consumo de drogas en sus “contextos naturales” ha permitido distinguir en forma más realista muy distintos usos, desde aquellos más integrados en sus medios hasta aquellos más problemáticos, a través del estudio de la variabilidad tanto en los modos de consumo como en la consideración del mismo. Por último, el modelo sociocultural también ha hecho significativas contribuciones en el área de la intervención y las políticas de drogas, permitiendo detectar emergencias y necesidades sobre el terreno, y establecer mejores estrategias de salud para las adicciones y sus problemas sanitarios asociados, tales como el VIH o la hepatitis C (Page & Singer, 2010; Romaní, 1999).

Entre las décadas de 1970s y 1980s, unas de las principales investigaciones realizadas fueron hechas por Zimberg (1972, 1984). Zimberg empezó sus estudios con los soldados estadounidenses que consumieron heroína durante la guerra y



descubrió que el consumo de esta sustancia entre ellos presentó una drástica disminución cuando volvieron de la guerra. Más tarde, a continuación de ese estudio, el autor propuso que la dependencia de drogas no está relacionada exclusivamente con sus propiedades farmacológicas y sus efectos biológicos en el organismo humano, pues hay que considerar la interacción con otros factores como el “set y el setting”, es decir, el conjunto y el contexto.

Así que, a partir de esas investigaciones, Zimberg defendió una idea que el fenómeno de la dependencia de drogas está relacionado con la triada persona – sustancia – contexto, y que ninguna de estas variables podría ser apuntada como más importante que las otras. De tal manera que la teoría de la triangulación de Zimberg, problematiza una concepción en la que la adicción no podría ser explicada desde una relación puramente biológica y dual entre el sujeto-sustancia.

Otro investigador importante en ese periodo y que corrobora los planteamientos de Zimberg fue Bruce Alexander, sus estudios fueron conocidos como Rat Park, es decir, el parque de las ratas (Alexander, Coombs, Hadaway, 1978). Siguiendo los modelos experimentales de estudio del comportamiento, este investigador realizó un estudio comparativo entre ratas insertadas en una jaula tradicional de laboratorio y otras insertadas en una jaula-parque.

Esta jaula fue construida con distintos recursos como juguetes, comida, espacio de reproducción para cerca de 20 ratas de diferente sexo. Además, en los dos modelos de jaula fueron ofrecidos un dispensador de agua y otro con una solución azucarada con morfina. El experimento demostró que las ratas de la jaula-parque bebían más agua ,mientras que las ratas de las jaulas tradicionales preferían la solución de morfina, incluso cuando ésta les era presentada menos azucarada.



En otro estudio, Bruce Alexander propone un experimento donde, al principio, las ratas se quedan en jaulas tradicionales por 57 días, ofreciéndoles solamente la solución con morfina. Después de ese período, estos animales fueron insertados en la jaula-parque donde podían elegir entre agua y la solución con morfina. Los resultados demostraron que aunque las ratas presentaban señales de abstinencia, preferían agua a la solución con morfina.

Desde esos experimentos, el investigador propone que el modelo de tratamiento debe abarcar diferentes ámbitos de la vida de los sujetos siendo necesarias para eso intervenciones multidisciplinarias.

Ya en la década de 1980, el psicólogo Stanton Peele (1985) desarrolla un estudio en el que defiende que la adicción no existe en un sentido biológico puro, pues la dependencia física no puede explicar por sí misma la producción de la adicción. Para él, los mecanismos activados por el consumo de sustancias son los mismos accionados en otras actividades como el sexo, el juego o la comida, entre otras, que expresan experiencias de comportamientos compulsivos que tienen como objetivo la disminución de la ansiedad.

Como se puede notar, hasta las décadas de 1970's y 1980's, el modelo sociocultural y el psicológico tuvieron un gran reconocimiento en el campo del estudio del consumo abusivo y nocivo de drogas, todavía con el avance de las décadas siguientes, el modelo biomédico, reforzado por el neurobiológico, se expandió fuertemente en el campo de la salud generando una tensión entre estos paradigmas.

Los estudios sobre el consumo de drogas bajo una perspectiva médica tuvieron un gran crecimiento durante el siglo XIX, cuando podemos constatar un



aumento de la cantidad de términos y conceptos médicos creados para intentar explicar, sobre todo, el consumo del alcohol como una enfermedad. Harry Levine (1978) está entre los investigadores más reconocidos en el campo médico en ese período, incluso fue de su autoría la proposición del concepto de adicción, defendida bajo un modelo científico, como una enfermedad del cerebro como ya habíamos comentado anteriormente.

Según Apud y Romaní (2016), las descripciones clínicas basadas en las ideas de predisposición biológica, de toxicidad, del apetito mórbido o craving, el descontrol del consumo, la tolerancia, la abstinencia y la progresividad de la enfermedad son expresiones acuñadas por el campo médico durante esta época.

Con el descubrimiento del sistema dopaminérgico, de los receptores opioides, la aparición de las técnicas de neuroimagen, de la idea de neuroplasticidad y de los mecanismos de recompensa, el modelo neurobiológico alzó una mayor legitimidad científica llevando la psiquiatría a privilegiar la perspectiva biologicista en menosprecio a la psicológica (Guardia, 2000; Stoehr, 2006; Koob & Simon 2009).

Todavía, todo este avance en las descripciones de las dependencias físicas no permitió al paradigma biomédico explicar la totalidad del fenómeno, pues les faltaba explicar fenómenos como los de la dependencia psicológica y la aparición de adicciones sin la presencia de la sustancia-droga como el juego o el sexo, entre otros.

NIDA (2012), propone entonces otra definición de adicción como enfermedad crónica del cerebro, que involucra los sistemas de recompensa, motivación, aprendizaje y decisión integrando aspectos neurológicos a fenómenos como la motivación, memoria y aprendizaje intentando con esto contemplar la perspectiva





psicológica en la práctica médica.

Esta tensión de paradigmas parece haber caminado de modo que el modelo biomédico se fue abriendo para una convergencia con el modelo psicosocial. A este respecto, Apud y Romaní (2016, p.119-120) afirman que:

A partir de este nuevo “paradigma”, la idea de que existe una complejidad de factores de riesgo, vulnerabilidad y protección, vinculados no solo a un nivel neurobiológico, sino también psicológico y social, es ampliamente aceptada por los diversos especialistas en adicciones, siguiendo una tendencia general en el campo de la salud (García, 2015). En el ámbito psicoterapéutico existe una diversificación progresiva de los tratamientos, que abarcan la mayor parte del espectro biopsicosocial: terapias cognitivo-conductuales, estrategias motivacionales, abordajes centrados en la familia, modelos sistémicos, terapias psicodinámicas y psicoanalíticas, entre otras (Becoña et al., 2008; Pedrero & Ruiz, 2014). En el caso de la definición del NIDA, si bien sostiene formalmente la idea de “enfermedad cerebral”, también incluye diversos factores de vulnerabilidad, bajo la encrucijada de la multifactorialidad: predisposición genética –de un 40 a un 60 % (Ibáñez, 2008; Robison & Nestler, 2012), edad de exposición a las drogas, y factores contextuales en distintas áreas sociales, como la familia o el trabajo (NIDA, 2012).

La luz que aporta este modelo como respuesta a los modelos anteriores, es que el consumo de drogas, como cualquier comportamiento humano, involucra un correlato biológico, lo cual no implica que dicho correlato sea la causa del



comportamiento per se (Clark, 2011). El problema de las drogodependencias, como una enfermedad multifactorial, disloca las intervenciones del campo general de la salud pública al campo específico de la salud mental y enfatiza la importancia de la prevención frente a otros tratamientos como los servicios ambulatorios y hospitalarios, privilegiando las prácticas de enfoque psicológico, educativo y comunitario frente a las específicamente médicas o legales.

La producción de variadas estrategias clínicas elaboradas desde los distintos modelos de referencia contribuyó para que los tratamientos de las adicciones pudiesen diversificarse y abarcar los distintos aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, políticos y los intereses económicos que también influyen en esta problemática.

### **3.2 La construcción del modelo de Reducción de Daños y Riesgos hasta llegar a la noción de Gestión de Placeres**

Los programas de reducción de daños surgieron como un intento de facilitar una opción a los consumidores de drogas que no tenían respuesta – o cabida – en el hegemónico sistema especializado de atención sanitaria, ampliando la mirada y posibilidades de acción de las redes de atención sociosanitarias. El principal objetivo de la reducción de daños es disminuir los efectos negativos del uso de drogas, antes que evitar los consumos como meta finalista difícil de alcanzar o descartada por las personas consumidoras.

La Reducción de Daños y Riesgos fue producida a partir de un trabajo, eminentemente práctico, realizado por profesionales de distintas áreas con



diferentes miradas y tipos de personas consumidoras de drogas. Su desarrollo exigió también un proceso reflexivo, crítico y heterogéneo, sobre las implicaciones que estas prácticas conllevan en los distintos contextos, así como las controversias y dificultades que han afectado a sus ámbitos.

Muchas veces la reducción de daños y riesgos es presentada como una perspectiva opuesta al paradigma de la abstinencia, pero esto es una visión equivocada. Para la RDR, la abstinencia puede ser una estrategia de minimización del riesgo, pero hay que considerar que no todas las personas eligen dejar de consumir drogas y, en estos casos, la reducción de daños y riesgos defiende que también hay que ofrecer estrategias de cuidado para estas personas.

La presión para que las personas interrumpan el uso en muchas ocasiones puede llevar al fracaso y una vuelta al consumo aún más destructiva. Este fenómeno fue descrito por Marlatt y Gordon (1985) como el efecto de violación de la abstinencia.

Newcombe, en la Primera Conferencia Internacional de Reducción de Daños, realizada en Liverpool en 1990, hace una analogía a los programas de reducción de daños, diciendo que ellos son como un sistema de seguridad del acróbata, de forma que si una red falla – la red asistencial que se crea -, hay otra debajo de la anterior, la de reducción de daños (Newcombe, 1995).

Las primeras estrategias de Reducción de Daños se dirigieron a las personas consumidoras de drogas inyectadas en situación de exclusión social, todavía, con el pasar de los años, los contextos de intervención se ampliaron alcanzando otros grupos de consumidores, siendo también aplicadas a prácticamente todas las drogas psicoactivas.



Todo indica que las estrategias pioneras de lo que hoy conocemos como la Reducción de Daños ocurrieron en Europa Occidental, Australia e Inglaterra. Según Strang (2004, p. 53):

Al final de los años 60 y principio de los 70, algunos servicios de drogodependencias de Londres iniciaron dinámicas educativas sobre técnicas de inyección dirigidas a los consumidores e instalaron salas en las que sus clientes podrían inyectarse. No está bien documentado el proceso por el que estas salas fueron cerradas. La literatura underground sobre las drogas empezaba a proporcionar consejos claros sobre cómo reducir los daños a finales de los 60. En el Reino Unido, el Instituto para el Estudio de la Dependencia de Drogas (ISDD) planteó la reducción de daños en el contexto escolar a fin de reducir la magnitud y severidad del daño producido por la inhalación de disolventes volátiles (ISDD, 1976, 1980). La reducción de daños se expresó en Italia a través de una iniciativa para eliminar los controles de la venta de agujas y jeringas en los supermercados, después de una epidemia de hepatitis B en los 70 (Tempesta y Di Gianntonio, 1990). En los Países Bajos, a principios de los 80, se adoptó formalmente, llegando a ser la base racional, no sólo de los programas de metadona de bajo umbral, sino también de los programas de intercambio de jeringas establecidos por la "Junkiebonden", posteriormente incorporados por los servicios institucionales (Buning, 1990; Engelsman, 1991).

Todavía Berridge va mostrar que en Inglaterra las primeras orientaciones de



prescripción de mantenimiento con heroína a las personas consumidoras fueron establecidas mucho antes, en 1850, por las políticas de la época.

Si echamos un vistazo al siglo diecinueve, se observa que, tanto el control formal como informal de las drogas, estaba justificado. Los debates sobre la necesidad de aumentar el control formal de la venta de opiáceos en el siglo XIX se debían, en su mayor parte, a las aspiraciones profesionales tanto de los médicos como de los farmacéuticos; posteriormente, el control exclusivo del opio siguió estrategias tanto profesionales como económicas. En el terreno de la salud pública, el control profesional también estaba justificado por la necesidad de acabar con el dopaje de los niños, las sobredosis de opiáceos, los abusos de la adulteración y la venta no restringida. La forma de control estaba establecida a un nivel que equilibraba tanto las necesidades de las marcas farmacéuticas como la valoración realista que los propios consumidores necesitaban para poder funcionar (Strang, 2004).

En 1926, el Informe Rolleston orientó las acciones en el campo de las drogas reforzando el programa de mantenimiento con heroína hasta el año de 1960. Este informe además de defender las directrices de la minimización de daños representó un marco para la profesión médica que defendía su rol en este sector y la adicción como una enfermedad (Chappell, Reitsma, O'Connell, Strang, 2004).

En 1965, el Informe Brain va presentar la dependencia de las drogas como una “condición socialmente contagiosa” abriendo espacio para la construcción del discurso que se legitimó en la década de 1980's de la existencia de una “epidemia de drogas”. El discurso de la epidemia de drogas, además de generar un efecto de alarma social permitió una rearticulación del modelo penal punitivo y del modelo



médico de tratamiento a partir de la construcción de propuestas de tratamiento obligatorio que pasaron a ser hechas tanto en hospitales como en la cárcel.

En este sentido, es importante marcar que la Reducción de Daños es muchas veces presentada como una “nueva perspectiva” que no tenía relaciones con las políticas de drogas del pasado, pero la historia nos muestra que es más una especie de desdoblamiento de diferentes políticas anteriores (Berridge, 2004).

El primer Programa de Intercambio de Jeringuillas desarrollado en 1981 por la Junkiebonden tuvo como objetivo disminuir la transmisión del virus de la Hepatitis entre las personas consumidoras (Burning, 1990; Engelsman, 1991). Esta Asociación de Usuarios y Usuarias de droga de Rotterdam, que es la segunda mayor ciudad de los Países Bajos, fue protagonizada por personas consumidoras como Nico Adriaans, un de sus fundadores, y se sumó a otras iniciativas pioneras como el compartilhamento del primer folleto preventivo con orientaciones sobre la transmission HIV entre personas consumidoras de drogas inyectables que sirvió de referencia para el gobierno construir un programa de prevención a la transmisión de SIDA/ VIH en 1987.

El principio subyacente de la política de drogas holandesa es la contención del problema; la finalidad no es la erradicación del uso de drogas ilegales sino más bien la disminución de los daños. Esto es comúnmente descrito como ‘normalización’, es decir, conseguir la reducción de la demanda mediante la integración social de los usuarios de drogas (Van Vliet, 1989).

El objetivo es asegurar que el mayor número posible de usuarios entre en contacto con los servicios de tratamiento; actualmente se estima que cerca



del 70% de los usuarios lo hacen (Marshall, Anje Wierden y Van Atteveld, 1990 apud Chappell, Reitsma, O'Connell, Strang, 2004, p. 100).

Una experiencia parecida ocurrió en la misma década en Merseyside que está situada en el noroeste de Inglaterra. En 1986 se introdujo una estrategia que ha sido denominada `reducción responsable de la demanda` que se enfocó en un control riguroso del tráfico combinado con una política de cuidados en salud para las personas usuarias de drogas. Con este programa, Merseyside llegó a ser la región con cifras más bajas de VIH y de delitos relacionados con drogas de Inglaterra. Hasta los días de hoy, la región mantiene un eficiente registro y acompañamiento de las personas consumidoras que están pudiendo envejecer con mejores cualidades de vida y de salud, demostrando que esta política tiene éxitos significativos (O'Hare, P; Newcombe, R; Matthews, A; Burning, EC; Drucker, E., 1992).

Las estrategias adoptadas en Rotterdam y Merseyside son ejemplos de políticas menos punitivas con las personas consumidoras que “se producen en el contexto de una sociedad tradicionalmente tolerante a las diferencias, con bajas expectativas de intervención jurídica en las actividades ilegales” y gobiernos locales con alto grado de autonomía (Chappell, Reitsma, O'Connell, Strang, 2004, p.104).

Así es importante destacar que el movimiento de la Reducción de Daños contó con una activa participación de asociaciones de usuarios y usuarias que favoreció también cambios en la manera de construir las intervenciones



sociosanitarias que buscaban incorporar la perspectiva y las necesidades de las personas consumidoras en las estrategias de atención a la salud.

En el caso de Australia, las organizaciones de usuarios y usuarias también tuvieron un papel fundamental en el cambio de opinión de los gobiernos, de la sociedad y de las propias personas consumidoras sobre la Reducción de Daños, aunque en ciertas ocasiones sus acciones se les muestran contradictorias y persisten huellas en sus procesos de formación.

Cuando aún era impensable que los programas de Reducción de Daños fueran financiados por la mayoría de los gobiernos, fueron las asociaciones las que protagonizaron la creación y la práctica de estas primeras estrategias. Los éxitos logrados con las experiencias desarrolladas por grupos de iguales llevó a las autoridades a adoptar estas prácticas en sus modelos de intervención con la población consumidora de drogas, principalmente después del crecimiento de la infección del SIDA/ VIH.

El cambio movilizado por las asociaciones también contribuyó para resignificar la imagen estereotipada que las personas consumidoras tenían incluso sobre sí mismas. En muchos casos, las personas consumidoras entendían que los daños adquiridos con el uso de drogas eran “la recompensa que recibían por su acto ilegal y amoral de consumir drogas”. Así que con estas transformaciones de mentalidad, fue posible mostrar que los usuarios y usuarias eran capaces de aprender nuevas prácticas de consumo menos dañino y también colaborar con la producción y la aplicación de las políticas de drogas incluso como trabajadores de los programas.

La adopción de la reducción de daños fue fortalecida en estas regiones





también por el entendimiento que los daños y pérdidas generados por enfermedades como el SIDA eran mayores para la salud pública e individual que el propio abuso de drogas. Por tanto, el SIDA ha aportado un impulso a más para las transformaciones que estaban en curso en las políticas de drogas.

Además, este momento coincide con el fortalecimiento del movimiento sanitario en muchos de estos países que defendía la formación de sistemas nacionales de salud basados en una atención pública y colectiva de calidad y en el trabajo de equipos multidisciplinares. Este movimiento cuestionaba los modelos de salud centrados en el papel de los médicos y en las prácticas de cuidado voltadas exclusivamente al tratamiento individual y especializado de las enfermedades.

El modelo de salud comunitario buscó integrar también a las drogas al movimiento sanitario y a la política en general. En Gran Bretaña, por ejemplo, el informe del Consejo Consultivo sobre Abuso de Drogas (ACMD) ya en 1982, aprobó con unanimidad la producción de una política de minimización de daños y apuntó que no había evidencias científicas de que todos los individuos con problemas en el consumo de drogas sufrían una enfermedad de dependencia a las drogas. Según Berridge:

Existía un vacío entre la perspectiva “política” de las drogas y la “política comunitaria”. Esto era así porque, en los años 80, las políticas de drogodependencias, presida, tenían una doble vertiente: una política penal con un perfil público y de medios de comunicación, y una política sanitaria “interna” basada en la desmedicalización, el desarrollo de los servicios comunitarios y la minimización de los daños. El sida, como la guerra y el



NHS, dio este último impulso a la viabilidad política. Una política que, en principio, sólo podía avanzar despacio, como la parte sobreentendida de la política penal, y que surgió como resultado del sida (Berridge, 2004, p.51).

Autores como Strang y Newcombe defienden que es importante avanzar en el establecimiento de un conjunto claro de conceptos, definiciones y actuaciones de reducción de daños en la medida que esta perspectiva ha ido evolucionando, para orientar el desarrollo de las políticas y contribuir a legitimación social de la reducción de daños (Grup Igia, 2004).

En este sentido, uno de los puntos a clarificar es el hecho de que actualmente se habla de reducción de daños y también de reducción de riesgos. Estos términos a menudo son utilizados como sinónimos. Es decir, trabajar para reducir los riesgos y evitar los daños, en ciertas ocasiones, es lo mismo. Todavía, esto no significa que no haya una controversia entre los investigadores sobre si la Reducción de Daños y la Reducción de Riesgos son definiciones equivalentes.

El trabajo hecho en determinados contextos y colectivos, como el trabajo con las personas que viven procesos de exclusión social, implican unos riesgos que tienen grandes probabilidades de aportar daños, ya que estos están asociados a consecuencias negativas en el ámbito personal, familiar y comunitario. En estos casos, se acostumbra a nombrar directamente como reducción de daños a las estrategias en que se supone que los riesgos asociados al consumo vienen de la mano a otros procesos de exclusión social. Ya el consumo de drogas hecho entre los jóvenes de clase media, por ejemplo, en el que se considera que los riesgos asociados tienen menor probabilidad de llegar a generar daños, se suelen llamar



directamente de reducción de riesgos.

De otra parte, Romaní (2010) propone que no se tome acríticamente los términos Reducción de Daños y Reducción de Riesgos, y defiende que el riesgo sería “aquella acción o situación a partir de la cual existe la probabilidad de que, de una forma no intencionada, se puedan derivar determinados daños no deseados (p.20).

Así es importante tener en cuenta que una conducta de riesgo no genera necesariamente un daño en la persona consumidora de drogas. Tampoco se puede decir que cada episodio de uso tiene la misma probabilidad de generar el mismo tipo de riesgo, pues depende de una serie de factores como la persona, el contexto y la sustancia. Tanto el riesgo como el daño pueden ocurrir como un evento puntual o acumulativo. Por otro lado, un riesgo acumulativo aumenta el potencial de producir daños.

Estas informaciones ayudan a percibir cómo los riesgos y los daños se refieren a situaciones complejas, difíciles de ser medidas y evaluadas, estas dificultades crean obstáculos para el desarrollo de políticas de reducción de daños en muchos países.

En el caso de los daños, existe la particularidad de que pueden manifestarse después de mucho tiempo de consumo (como en el caso del alcohol), o ocultarse en medio a otras condiciones individuales o sociales (como en el caso de las personas portadoras de HIV/SIDA), además de ser invisibilizados por darse en contextos marginalizados por ejemplo. En general, los daños acumulativos se extienden en un



continuum en el que se agregan problemas físicos, emocionales, sociales, familiares, legales, financieros, etcétera. Así una mirada unidimensional sobre el daño no es suficiente para lograr su comprensión.

Mugford (2004) sugiere que se piense en diferenciar los daños directos (concernientes a la persona consumidora) de los daños indirectos (generados a otras personas o grupos) y los daños intrínsecos al uso de los daños extrínsecos. Para el autor, la reducción de daños debería buscar el punto más bajo de la intersección de estos tipos de daños, concentrándose, especialmente, en los usuarios y usuarias recreacionales y en las drogas legales dado que “es en ellas que se puede ahorrar más daño” (p.29).

Ya Newcombe (1995) propone distinguir los daños sanitarios, sociales o económicos que afectan la sociedad, de los daños individuales, familiares y comunitarios experimentados por las personas consumidoras y sus contactos más directos. Además, recomienda incluir ejes que identifiquen la duración del daño (temporal o permanente), su grado de intensidad, las oportunidades de intervención en los daños y disponibilidades de tratamiento, las diferencias existentes sobre cómo los daños afectan las poblaciones más excluidas y las más marginalizadas, los derechos civiles y sanciones legales.

Considerando estas particularidades Strang sugiere que

La reducción de daños podría ser vista, quizás, como algo esencialmente operacional (por ejemplo, las políticas de reducción de daños, los programas



de reducción de daños, etc.), mientras que la minimización del daño podría ser la meta o el objetivo final a alcanzar. De este modo las estrategias de reducción de daños serían vistas como los medios a través de los cuales podríamos alcanzar el objetivo de minimización del daño. Así el enfoque de minimización del daño podría razonablemente comprender varios elementos de la reducción de daños [...]. La minimización del daño puede ser considerada, en primer lugar, a nivel individual y, en segundo lugar, a nivel público (el equilibrio entre beneficios y daños para la población en su conjunto, reconociendo la posibilidad de casos de daño individual produzcan beneficio público general) (Strang, 2004, p.15).

Rodríguez (2010), defiende que el riesgo asociado al consumo de drogas es una posibilidad y no una certeza, visto que existen posibles beneficios en el consumo que no hay que dejar de considerar en este proceso. Para ella, tampoco el daño debería ser primado, pues sería una de las posibles consecuencias del consumo y, por lo tanto, los términos reducción de riesgos y reducción de daños no abarcaría los beneficios asociados a las drogas.

Siguiendo sus ideas otros expertos también problematizan el hecho de que el paradigma de la Reducción de Daños y Reducción de Riesgos continúa reproduciendo “el lastre heredado de una visión del consumo excesivamente escorada hacia la negatividad”, que sólo explicaría el aspecto problemático del consumo, omitiendo componentes fundamentales desde el punto de vista de las personas consumidoras cómo el placer y la gratificación (Rovira & Hidalgo, 2003, 15).



En muchos contextos hay que considerar que las personas consumidoras experimentan el riesgo no como algo negativo, si no como uno más de los factores envueltos en el proceso de consumir drogas. En este sentido, muchas veces el riesgo puede ser vivido como algo atractivo.

De acuerdo con Mugford, el uso de drogas sería mejor comprendido bajo una posición teórica que entendiera que el uso de drogas es típico de la cultura moderna (O'May y Mugford, 1991; Mugford, 2004). Por lo tanto, habría que especificar el placer involucrado en el uso de drogas y poner destaque sobre lo que es bueno, lo que es aceptable, lo que es permisible, aunque arriesgado y lo que es inaceptable. No se puede evitar llegar a alguna de estas opciones. Es un equívoco, una fantasía, ignorar este punto de la cuestión de la droga moderna.

### *3.2.1 La Gestión de Placeres y Riesgos*

Según Hidalgo (2003), un buen enfoque en el ámbito de las drogas debería basarse en la Gestión de Placeres y Riesgos, es decir se trata de buscar una medida entre la potencialización del placer y la reducción del riesgo. Al considerar la óptica del usuario, la gestión de placeres y riesgos alude tanto el aspecto de los placeres como de los riesgos y defiende que es necesario adaptar totalmente el discurso y las prácticas utilizadas en las intervenciones a los parámetros que rigen la conducta de las personas consumidoras, buscando reformularse desde claves más positivas.

Un ejemplo de esta propuesta sería explorar con la persona consumidora cómo el consumo de MDMA hecho en varias dosis en una sola noche no la llevará a



mantener ni aumentar su placer, lo que significa que este modo de consumir no es lo mejor, pues le generará un gasto financiero y físico (metabólico) innecesario. Así también se puede explorar el tema de la tolerancia de las drogas como un factor de potencial disminución del placer y no sólo como un aumento de la probabilidad de la persona a llegar a una dependencia. Es decir, abordar el tema del consumo de drogas desde la perspectiva de la Gestión del Placer y Riesgos objetiva facilitar el disfrute del consumo partiendo de la comprensión que las personas han optado libremente a consumirlas y que pueden potencialmente hacerlo de modo placentero sin perecer en el intento.

Para trabajar desde esta perspectiva es fundamental partir del principio de que las personas consumidoras son personas autónomas que tienen capacidad de decidir, contestar y responsabilizarse de sus actos. Así pues, las intervenciones deben promover valores, actitudes y habilidades necesarias para promocionar la construcción de una relación de responsabilidad y sensatez de la persona con las drogas.

Otro punto importante que aporta un salto cualitativo en las acciones desde la perspectiva de la gestión de placeres y riesgos es el compromiso de generar y ofrecer informaciones claras y objetivas tanto de los efectos deseados como de los efectos secundarios y de los riesgos vinculados al consumo de drogas.

Sabemos que en la mayoría de las veces debido al “vacío informativo instaurado durante años en torno a estas sustancias”, las personas consumidoras acaban fijándose en informaciones adquiridas en conversaciones con otras personas consumidoras y en su propia experiencia personal (Rovira & Hidalgo, 2003, p. 5).



En este sentido, al igual que se defendía el derecho a consumir drogas, se defiende el derecho a estar objetivamente informado sobre ellas. Por lo tanto, la Gestión de Placeres y Riesgos trata de ofrecer al consumidor una información lo más objetiva posible sobre los efectos a corto medio y largo plazo, sobre los daños posibles y, si es el caso, sobre las formas de poder evitarlos o reducirlos. Al igual que no infravalora los riesgos del consumo, no trata de exagerar los ni recurre al miedo o la manipulación, trata al usuario como a una persona con poder de decisión sobre su conducta, no como a un niño al que hay que coaccionar. La ignorancia es un riesgo, y para tomar una opción responsable es indispensable un mínimo de información (Rovira & Hidalgo, 2003, p. 5).

Por lo tanto, la aceptación de la autonomía de las personas y el asesoramiento son herramientas imprescindibles para la construcción de las intervenciones hechas con las personas consumidoras. En estas prácticas es fundamental reforzar que el resultado del consumo de drogas puede generar placeres o riesgos y esto depende, en gran medida, de la persona consumidora, visto que también es su responsabilidad cuidar de los factores que pueden generar problemas, analizando siempre, como nos señala Zimberg, los contextos, las sustancias (cantidad, calidad, frecuencia y duración) y la persona (características y momento).

Según Newcombe (1995), es imprescindible analizar las diversas variables asociadas al consumo para comprender los niveles de riesgo y la probabilidad de producción de daños, tales como la dosis, la calidad y la potencia de la sustancia, la





frecuencia, la preparación del consumo y la vía de administración (si es higiénica o no), si se trata de policonsumo o no, cómo es el acceso a la droga, las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la persona consumidora, así como si hay cuidados previos y posteriores al consumo.

Esclarecer las pautas de consumo más razonables y las más peligrosas, explicar las características de las sustancias elegidas para su consumo, la dosis, como potenciar los efectos positivos y reducir los negativos a corto, medio y largo plazo. Orientar cómo reaccionar ante la aparición de reacciones adversas e identificar las primeras señales de alarma están entre los principales temas a ser trabajados en los asesoramientos.

Además, hay que acrecentar otros componentes también de gran importancia en el planeamiento de las intervenciones que son dónde, cuándo y quién se debe asesorar. Sobre estos aspectos es importante resaltar que, en muchas situaciones, las personas consumidoras se muestran reticentes a hablar sobre sus pautas de consumo y resistentes a buscar ayuda en los Centros de Atención. Por eso, es recomendable ofertar también intervenciones donde estén presentes las personas consumidoras y en los momentos en que se producen los consumos. Los métodos tradicionales de oferta de asesoramiento hechos en los servicios de salud y los talleres educativos son estrategias que tienen respuestas positivas para una parte de la población, pero no sirven para toda.

Así que la perspectiva de la Gestión de Placeres y Riesgos va a proponer una variabilidad de acciones buscando acceder tanto a la persona usuaria como a las que aún no consumieron, considerando sus distintos momentos y comportamientos, como se detalla en la tabla a continuación.



**Tabla 1:** Momentos y comportamientos de las personas consumidoras y no consumidoras desde la perspectiva de la Reducción de Riesgos

---

Personas Consumidoras

Personas que no consumieron

Personas que sólo prueban sustancias

Personas que creen que el consumo de alcohol, tabaco y marihuana no son potencialmente una práctica de riesgo

Personas que consumen y no tienen informaciones adecuadas de cómo consumir con menos riesgos

Personas que conviven con personas que consumen sustancias

Personas que no gestionan bien su consumo de sustancias

Personas que tienen curiosidad y piensan en probar alguna sustancia

Personas que hacen consumo en contextos de riesgo

Personas que sufren presión del grupo para consumir sustancias

---

Una de las referencias utilizadas para orientar este sistema de trabajo es el modelo de cambio de comportamientos (Diclemente, Prochaska, Norcross, 1992). A partir de ello, es posible reconocer los distintos momentos en que la persona se encuentra en relación a su pauta de consumo e identificar desde el estadio en el que se encuentra, cuál sería la estrategia más adecuada para intervenir.



Básicamente, el modelo de cambio propone un ciclo compuesto de cinco estadios: el pre-contemplativo, el contemplativo, la preparación, la acción, el mantenimiento. A partir de esos períodos se puede comprender el momento en que la persona se encuentra más o menos preparada para hablar sobre su pauta de consumo con otra persona, reconocer que tiene problemas con el uso de una o más sustancias y aceptar ayuda para empezar un tratamiento y cambiar de comportamiento si fuera necesario. Así que desde esta perspectiva es fundamental tener en cuenta ese ciclo y el análisis del estadio que cada persona se encuentra antes de ofertar la estrategia de cuidado más adecuada.

Es importante reforzar que la propuesta de cuidado sugerida por la perspectiva de la Gestión de Placeres y Riesgos es más que una mera transmisión de conocimiento y va más allá del trabajo de asesoramiento, pues prevé un complejo proceso de formación de valores y responsabilidades que envuelve un cuidado consigo y con el otro, capacitando a la persona no sólo a tener una buena relación con su pauta de consumo, también a posicionarse frente a la sociedad como un sujeto autónomo y ético.

Aprender a tomar decisiones y responsabilizarse por sus actos con uno mismo y con los demás, construir herramientas para relacionarse socialmente, resolver conflictos y establecer límites personales y grupales, planificar el consumo y reflexionar sobre las experiencias proporcionadas por él, son principios subyacentes a esta ética de cuidado.

Todo este aparato viene acompañado por un proceso crítico de implicación y colaboración con un cambio social en curso que propone formas menos punitivas y represivas de relación entre las personas y las drogas.



Desde el punto de vista de la Gestión de Placeres y Riesgos romper con la contradicción entre la ley y la realidad es fundamental para sacarnos de la parálisis en que nos encontramos y avanzar en la construcción de relaciones más cooperativas entre todos.

*El usuario de drogas quiere quitar su dolor, quiere tener un placer. Sabe que puede tener un daño, pero toma medidas, autocuidados o estrategias de reducción de daños. ¿Sería como unos cuidados profanos? Cuidados más propios para hacer su propia reducción de daños? Para conseguir lo que él quiere, un beneficio, estar mejor (EP16, 58).*

Así que, actualmente, el gran desafío parece estar en la clarificación de los riesgos y placeres reales envueltos en los distintos consumos y qué estrategias deberían ser aplicadas en cada tipo de consumo para generar los mínimos daños posibles.

Como se puede notar la perspectiva de la Reducción de Daños y Riesgos se ha desarrollado en medio a un campo heterogéneo de disputas políticas, jurídicas, sociales, profesionales, a veces interconectadas entre sí, que no dejaron de influenciar y provocar cambios en sus conceptos que poco a poco mezclaron otros discursos con el discurso de las personas consumidoras.

Aunque la tensión más evidente está en las diferencias de la reducción de daños con el modelo de abstinencia, es fundamental reconocer que la propia reducción de daños sufrió cambios conceptuales, discursivos y de disputas de poder entre varios sectores, como el médico.



En cambio, la llamada “normalización” del uso de drogas por vía de la minimización de los daños en ciertos aspectos pareció traer un renacimiento del compromiso médico, tanto en términos prácticos como en el establecimiento de conceptos sobre el tema. Esto ha hecho que los médicos vuelvan a poner el énfasis en la prescripción como opción, centrando su atención en el papel que juega el médico general y en la salud de los consumidores de drogas (...) La necesidad de atraer a los usuarios de drogas que normalmente no estaban en contacto con los servicios, evidenciada por una serie de informes oficiales, ha servido para elevar el concepto de acercamiento, que recuperó su posición como un principio inalterable. El sida sirvió para reavivar otros argumentos médicos en torno al tratamiento. La prescripción de metadona como aliciente para atraer a los consumidores a los servicios y alejarlos del peligro de intercambiar las jeringas reproducía los argumentos de los años 60, cuando la prescripción era la solución para atraer a los adictos a los servicios y así prevenir a la sociedad de sus consecuencias (Berridge, 2004, p.55).

En este sentido, Mugford (2004) advierte que existen muchos problemas en las formas como la reducción de daños ha sido concebida y las políticas derivadas de ella aplicadas, sobretodo en lo que dice respecto al uso de la lógica utilitarista que defiende que la reducción de daños debería establecer una relación de coste-beneficio con las políticas de drogas. Todavía, el autor apunta que bajo a esta lógica existe una tendencia de la reducción de daños terminar por apoyar una extensión del



poder del Estado entre la población, además de contribuir con la rotulación de ciertos grupos.

Así cuando la reducción de daños privilegia un slogan político y la tendencia a una sistematización de prácticas y políticas esta se aleja de los regímenes de sensibilidad, de las necesidades más particulares y locales y de la diversidad de narrativas de las personas consumidoras.

Si lo que queremos decir es que las leyes de drogas no son buenas leyes, que el uso de drogas es aceptable (aunque no seamos partidarios), que las libertades civiles son más importantes que las detenciones causadas por las drogas, que las leyes actuales impuestas a las drogas en los EE.UU. responden a los miedos y explotaciones de la clase media blanca, no a la justicia, y así sucesivamente, entonces hemos de decir exactamente este tipo de cosas. La idea de que deberíamos decir estas cosas como notas a pie de página, como una estocada a medio camino, es una trampa seductora. Marscha Rosenbaum ha dicho que lo más bonito de la reducción de daños es que 'entra bien'. Cada uno piensa que sabe lo que significa y ello parece razonable para cada uno. Esta es la opinión que yo tenía durante muchos años. Pero ahora creo que ese 'entrar bien' nos está pasando factura en forma de eslogan político. Es hora de pensar en el problema de la política de drogas más allá de la 'reducción de daños', antes de que empecemos a arrepentirnos de lo que alguna vez hemos dicho (Mugford, 2004, p.36).



Es fundamental considerar que, sin estas preocupaciones, la reducción de daños corre el riesgo de quedarse como más una iniciativa colonial hecha por la clase media, blanca y masculina y para ellos mismos. En este sentido, oír las diferentes voces y acrecer al debate de la reducción de daños, la perspectiva crítica postmodernista, antirracista y feminista es imprescindible para que se pueda comprender e intervenir tanto en los riesgos cuanto en los daños.

#### 4. LO POLÍTICO Y A LA POLÍTICA: UNA VALORACIÓN SOBRE LOS



## PLANES DE DROGAS DE ESPAÑA Y CATALUNYA

### 4.1 El contexto español

Hasta principios de 1900 el uso de drogas en España no comportaba ningún signo relacionado a una problemática social. Como cualquier otro fármaco, la cocaína, el hachís, el opio, la heroína, la morfina, entre otras sustancias, eran comercializadas libremente en las boticas, droguerías y herbolarios, con fines terapéuticos y su empleo pertenecía a todos los estratos sociales. En esta época, era vetado hacer publicidad de todos los fármacos en los medios de comunicación no especializados, aún así tales normas eran constantemente incumplidas. Por otro lado, los periódicos especializados poseían informaciones muy detalladas sobre todo tipo de sustancias (Usó, 2019).

En relación al alcohol, se puede decir que entre 1910 hasta 1915, se emprendió un movimiento antialcohólico nombrado de Liga Antialcohólica Española que quedó conocido sobre todo por medio de su periódico “El Abstemio”. Este movimiento buscaba expresar una idea de “sobriedad” que la sociedad española tenía acerca de sí misma. Sin embargo, sus proposiciones no lograron a convertirse en ley tal y como ocurrió en EEUU.

Concomitantemente al fenómeno del antialcoholismo, surgieron, en España, las primeras manifestaciones médicas y políticas de preocupación con el morfinismo. Estos informes recomiendan la prevención del consumo de morfina, describen las características de las personas consumidoras y su dinámica como toxicómana.

Estas descripciones contribuyen con la producción de una “subjetividad





cliché” asociada a las personas consumidoras, donde se destacó rasgos como el carácter autómatas, la falta de control sobre la voluntad y deseo, la baja funcionalidad social y laboral, entre otros aspectos físicos, sociales y psicológicos. Las características individuales de las personas consumidoras fueron borradas y un signo de degeneración física y moral se irguió sobre ellas (Usó, 2003).

De hecho la generalización del consumo no terapéutico de drogas en España posiblemente empezó a crecer con el movimiento migratorio ocurrido durante la Primera Guerra Mundial. Los medios de comunicación tuvieron un papel importante de presión sobre las autoridades gubernamentales en el sentido de promover controles y restricciones sobre las drogas.

Las primeras medidas restrictivas se dirigieron hacia la comercialización indiscriminada exigiendo que la venta debía ser hecha exclusivamente mediante la presentación de receta médica. Esto condujo a la formación de un mercado negro en España.

La reforma penal de 1928 incluyó la prohibición del tráfico ilegal, posesión y uso de drogas en España, cambiando en definitiva el objeto de control de Estado de la venta de drogas para la criminalización de los ciudadanos que las consumían.

Conforme afirma Usó (2003)

Sin embargo, lejos de disminuir, el empleo de drogas al margen de usos terapéuticos convencionales —principalmente de cocaína y morfina— se fue extendiendo entre todas las capas sociales. Y no sólo se generalizó su uso, sino que esa realidad drogada se incorporó definitivamente a la cultura de masas a través de la prensa escrita, la literatura, la música, la pintura, el cine



y determinados productos del escaparate de bienes de consumo (p. 59).

En este momento no existía la Sanidad Pública como tal y los primeros intentos de ofrecer algún cuidado partieron del ámbito privado siendo destinados solamente a quien pudiera pagar el alto coste por ellos. Aunque ocurrieran algunos intentos asistenciales, queda claro que el proceso de intervención desarrollado en España hasta el inicio de la Segunda República fue totalmente moral. Data de 1926 una iniciativa filantrópica de formación de una entidad que ofrecía tratamiento gratuito para las toxicomanías en Barcelona, conocida por Asociación contra la Toxicomanía, pero esta duró pocos años.

En 1932 ocurre la prohibición completa de la heroína que ya no podría ser ni fabricada ni importada. En el año siguiente se determina una “ley de seguridad” destinada a la persecución de los traficantes y consumidores de drogas. Al mismo tiempo, en la prensa escrita se empieza a hablar de formas de prevención y reconocer el fracaso de las políticas prohibicionistas internacionales, lo que estimuló al gobierno a proponer lo que puede ser llamada la primera medida de reducción de daños y riesgos española, el carné extra dosis o dosis extra terapéuticas que permitía el uso de drogas para los enfermos habituales (Escohotado, 1989).

Tal política creada en 1935 permaneció en vigor durante los primeros veinticinco años del franquismo siendo revocada en 1961, debido al convenio firmado con las Naciones Unidas. Según Usó (2003), el único requisito para obtener el “documento especial de garantía” que permitía el acceso a la sustancia requerida era la inscripción previa en un registro abierto a tal efecto en la Dirección General de Sanidad.



Por lo demás, la farmacopea española todavía no había prescindido del arsenal psicoactivo, y el Servicio de Restricción de Estupefacientes era el encargado de abastecer el mercado terapéutico legal con sus adquisiciones periódicas. Por ejemplo, en 1931 dicho organismo compro 145 kg de opio, 36 kg de extracto de opio, 45 kg de clorhidrato de cocaína y 45 kg de clorhidrato morfina;<sup>19</sup> y dos años más tarde, adquirió 50 kg de opio en polvo, 90 kg de extracto acuoso de opio, 300 kg de hoja de coca y 100 kg de cannabis indica (Usó, 2003, p.62).

Tras la guerra civil, el principal cambio en el ámbito de las drogas fue la extensión del hábito de uso de derivados de cannabis traído por las tropas provenientes del Norte de África. El aislamiento que configuró el período franquista en la población española con otros territorios la llevó a tener una pauta de consumo de drogas muy peculiar que, además del uso de cannabis entre los segmentos más marginados, fue marcada por el empleo de anfetaminas, barbitúricos y cocaína entre las clases sociales más privilegiadas y un número considerable de usuarios de morfina institucionalizados.

Una de las primeras acciones desarrolladas tanto a nivel Estatal como en el ámbito de las ciudades fue sobre el abuso de alcohol que para la población general era considerado una degeneración. En Barcelona, por ejemplo, en 1939 los alcohólicos eran atendidos por un Departamento de Clasificación de Mendigos del Palacio de las Misiones de Montjuic y por el depósito de la Guardia Urbana.

La perspectiva de tratamiento ofrecida era basada en los sistemas médico



psiquiátrico convencional y solo en mediados de los años sesenta se empezó a introducir otros roles profesionales en los centros de tratamientos para las toxicomanías. Este proceso fue desarrollado con dificultades por parte del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica y de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, pues no había muchos profesionales que trabajasen fuera de los padrones médicos convencionales (Vecino, 1999).

Ya en los finales de los años sesenta, hubo un endurecimiento de las políticas prohibicionistas con promulgación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación, una nueva reforma del Código Penal y la creación de la Brigada Especial de Estupefacientes, que tomó especialmente el control sobre los psicodélicos que estaban de moda entre los colectivos juveniles de la época. Estos cambios promovieron la formación de nuevos estereotipos que fueron asociando a las personas consumidoras a los yonquis, aunque en la prensa se nota los primeros argumentos en favor de la legalización de las drogas y la defensa de una ampliación de los recursos asistenciales casi inexistentes para el tratamiento de los toxicómanos.

La irrupción de la heroína en España data del 1975, antes de este momento las principales drogas de consumo eran el hachís, el LSD y algunas anfetaminas comercializadas por las industrias farmacéuticas. En este período coincide con un momento en que España vivía una crisis económica marcada por una baja expectativa profesional y laboral para los jóvenes, en especial para los de los grupos más marginalizados. Esta situación de malestar social fue expresada por l@s jóvenes consumidores de heroína a principio como rebeldía y identidad grupal, después como una forma de anestesia y luego como una dependencia asociada



progresivamente a la delincuencia e la inseguridad ciudadana (Vecino, 1999).

*La historia del alcohol en España ha sido terrorífica. Pero entre los ochenta, ochenta y cuatro, con la llegada del VIH, ocurre que el tema de la heroína pasa a generar preocupación. Llega entonces esta frase: “Tenemos prisa”, porque la gente se está contagiando de HIV (por vía parenteral y continua por vía sexual) y se castiga buena parte de la población. Casi todas las familias tenían personas consumidoras de heroína y como no se sabía lo que hacer se les echaban de casa. Además se vivía en una época muy autoritaria, eran los herederos de la dictadura de Franco. Hubo mucho daño en la sociedad y al golpear la clase media y la clase alta también hubo mucha repercusión. El SIDA facilita mucho para que pueda aparecer algo nuevo en términos de tratamiento de drogas. La lógica pasa a ser: tú puedes estar consumiendo, pero no quiero que te mueras. Hubiera sido imposible proponer que las personas se tratasen de SIDA solo si dejarasen de consumir. En este momento la reducción de daños y riesgos vendría de una mentalidad muy sanitarista y masiva. A lo largo de los años hubo una disminución muy importante de muertes por sobredosis (en los ochenta morían cerca de 1100 personas al año y ahora de 48 a 60 personas), es probable que la gente consuma menos drogas inyectadas, pero también ha cambiado mucho las cosas (EP5, 5).*

Según Funes y Romaní (1985), en este momento no había un abanico de intervenciones para el abordaje del consumo de drogas, la única opción era dejar el consumo de drogas fuera cual fuera las características de la persona consumidora.



Así, imperaba el modelo de la abstinencia en España que actuaba sobre todo desde las acciones médicas de desintoxicación que tomaban las personas consumidoras como sujetos enfermos y les proponía internaciones en comunidades terapéuticas y las acciones judiciales que les consideraban sujetos delincuentes que eran sometidos a medidas penales.

La asistencia, entretanto, estaba circunscrita a los hospitales psiquiátricos, donde la aparición de jóvenes consumidores de drogas crea muchos problemas de adaptación, a la vez que generó un rechazo por parte de los profesionales. Tras el cambio político (1976), la concepción de estado del bienestar social empezaba a sustituir el estado de la beneficencia que había imperado durante cuarenta años.

En 1977, se creó en España la Dirección General de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y la Dirección General de Desarrollo Comunitario del Ministerio de Cultura. Por otra parte, el Estatuto de Cataluña reconocía el gobierno autónomo la competencia exclusiva en materia de asistencia social. Además, muchos de los nuevos ayuntamientos habían creado en su organización la Consejería de Servicios Sociales (Vecino, 1999).

Fueron, pues, los Servicios Sociales los que asumieron, en algunos municipios, el desarrollo de estructuras y de dispositivos de tratamiento, ya que se concebía como un problema policausal y que la forma coherente de abordarse lo era integralmente, considerándose los elementos para personales, sociales y familiares que se encuentran implicados en su aparición y resolución (Vecino, 1999, p. 226-227).



En este sentido, la construcción de la red de atención a las drogodependencia fue caminando hasta una perspectiva biopsicosocial a partir de la cual la drogodependencia no era vista como un evento aislado, sino como un fenómeno complejo, multifactorial que se produce en un contexto determinado. Por estas razones se propuso a desarrollar un trabajo multiprofesional compuesto por diferentes profesionales como educadores, periodistas, jueces, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, antropólogos, entre otros.

A finales de la década de los 1970 empezaron los primeros estudios sobre drogas basados en la etnografía urbana en España (Romaní, 1983). El fenómeno del uso de las drogas y sus efectos – experienciales, sociales, sanitarios, jurídicos y políticos - pasarán a ser investigados en diferentes contextos, aportando análisis tanto teóricos como prácticos en el campo de las drogodependencias.

Hacia finales de los años 1980 's, la alarma social frente al aumento del consumo nocivo de drogas se intensificó en toda España, convirtiendo el problema en un asunto de gran preocupación entre los ciudadanos. Aunque se sepa que la sustancia más consumida en ese período era el hachís, la constitución y expansión de una nueva identidad yonqui formada por personas consumidoras de heroína, una sustancia hasta entonces poco conocida ligada al movimiento contracultural, fue asociada al aumento del contagio de la SIDA/VIH y de la Hepatitis B y C entre la población (Insua, 1999; Igia, 2000-2001).

Las sobredosis por uso de heroína y el contagio de infecciones virales como VIH/ Hepatitis fueron unos de los grandes motivos de causa-muerte entre los jóvenes de esa época, tornándose una amenaza que exigía respuesta y la construcción de nuevas políticas públicas urgentes (Ex AEquo, 2007; Laespada e



Iraurgi, 2009).

Conforme nos explica Usó (2003), en ese período

El ejercicio ideológico proyectado por los creadores de opinión pública sobre los placeres y peligros de las drogas duras —heroína y cocaína— no proporcionaba demasiada información, sino más bien un paquete de esquemas para interpretar una nueva realidad social, que implicaba la necesidad de organizar una empresa moral beligerante —maquillada de iniciativa terapéutica— para defenderse de “La Droga”, así como la obligación del Estado de financiar las soluciones y el tratamiento del “problema”. Todo esto se cristaliza en 1985 con la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (p.66-67).

En los primeros años de los 80 se creó entonces una Secretaría sobre drogas en la Dirección General del Ministerio de Asuntos Sociales que se constituyó como el embrión del Plan Nacional sobre Drogas. La creación del Plan Nacional sobre Drogas en España data de 1985 y su eje estructurador fue la prevención dotando una filosofía basada fuertemente en el campo de la Salud Pública.

A lo largo de esa década se puso en marcha los llamados programas libres de drogas cuyo objetivo era el no consumo de ninguna sustancia psicoactiva desconsiderando las evidencias científicas que demuestran que el riesgo para la persona que consume es distinto según el tipo de droga y los patrones de consumo que adopte. Estas políticas, en muchos casos, fueron un tipo de disfraz de las prácticas prohibicionistas en el que imperó un modelo jurídico-penal.





Además, estas intervenciones fueron realizadas por el gobierno para intentar responder a la presión social y a la fuerte influencia de los mass media que contribuyeron fuertemente para que la cuestión del consumo de drogas inyectadas fuese vivida como una verdadera crisis sanitaria.

Según Escohotado (1998), en 1990 España fue considerada el sexto país europeo en fallecimientos por consumo de drogas. Se contabilizaron 690 muertes en 1990 y más de 1000 a mediados de 1991, las pocas autopsias realizadas sugieren que la mayoría de las muertes analizadas estaban relacionadas con los adulterantes existentes en las drogas consumidas. “En 1992, España era el primer país de Europa en cuanto a la tasa acumulada de casos de SIDA relacionados con el consumo de drogas, seguido de Italia, Suiza y Francia (DGNPSD, 1992). Recordemos que el primer caso de SIDA se detectó en España en el año 1981” (RIOD, 2018, p.17).

En los principios de los años 1990's, se empieza a notar cambios en las formas de intervención en el ámbito de las drogodependencias y un discurso anti-prohibicionista empieza a crecer primero entre personalidades del mundo de la cultura (Antonio Escohotado, Fernando Savater, Francisco Ayala y otros) y después entre los profesionales sanitarios que comienzan a plantear la necesidad de desarrollar programas de reducción de daños para intentar atender a las personas consumidoras con más dificultades de acceder a los programas existentes.

El Grupo Igia, una organización de trabajador@s y investigador@s de drogas, publicó en 1989 el libro “Repensar las drogas: Hipótesis de la influencia de una



política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación”, basado en el modelo de reducción de daños e en la experiencia de otros países europeos.

Con un retraso de cerca de diez años en relación a otros países de su entorno, España empieza entonces a plantear acciones de reducción de daños y riesgos tales como la campaña “Que no te la pasen” del Ministerio de Sanidad (1987), el programa de mantenimiento de metadona, el programa de intercambio de jeringuillas, las salas de venopunción y los servicios de análisis de sustancias, pero no se renuncia totalmente al discurso de prevención, aunque se buscaba avanzar en otras formas de cuidado y estrategias de atención a la población consumidora.

Las iniciativas pioneras en ofrecer estos cuidados fueron lideradas por organizaciones del tercer sector, tales como la ONG Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD) de Barcelona, ONG Creu Roja y la Asociación de Usuarios y ex usuarios de drogas “¡Ai Laket!” del País Vasco.

Según Usó (2003), las estrategias de reducción de daños y riesgos se fueron mostrando “*como una especie de tercera vía o solución posibilista*” y terminaron convirtiéndose, en algunas zonas del país, en sus políticas de drogas. Por otra parte, aunque las políticas de reducción de daños y riesgo fueron ganando fuerza en el discurso social en toda España, la clase política no parece haberse sensibilizado e invertido en el desarrollo de políticas despenalizadoras hasta ahora (p.68).

La implantación y extensión de las políticas de reducción de daños y riesgos en España en términos cuantitativos y cualitativos fue desigual según las Comunidades Autónomas y sufrieron cierta oposición institucional y profesional que se tuvo que gestionar.



Tal como avanzaban los años 1990 's, hubo una disminución del consumo de heroína y un incremento en los consumos de alcohol, cannabis y de las drogas de síntesis, estas últimas, consumidas principalmente en contextos festivos por los jóvenes.

Estos cambios llevarán a la incorporación de otras estrategias de reducción de riesgos para abordar estos tipos de consumo de drogas y se pudo sentir un relajamiento de la alarma social al respecto de las drogas que pasan a ser vistas también como un instrumento de diversión ligado principalmente al mundo juvenil (Pallarés, Díaz, Barruti, Espluga & Canales, 2006).

De acuerdo con Pascual (2002), se puede dividir el contexto del consumo de drogas en el Estado Español en cuatro etapas. En la primera, entre mediados de los años setenta corresponde con una sociedad en la que no existía una preocupación al respecto del consumo de drogas, pero en la que se amplió muchísimo el consumo del alcohol y tabaco entre la población masculina y un consumo localizado de drogas ilegales por parte de grupos minoritarios. La segunda etapa marca la expansión del consumo de alcohol, cannabis, anfetaminas y heroínas, sobre todo abarcando la población femenina y los más jóvenes.

Ya la tercera etapa corresponde al período que quedó conocido como “la epidemia de la heroína” y consistió en un ciclo de consumo nocivo y problemático de heroína que generó un alarma social que fue relacionado con el fenómeno de la delincuencia y, posteriormente del SIDA en España. Y, por fin, la cuarta etapa, a partir del año de 1995, que coincide con el control institucional y el proceso de normalización y estabilización de los consumos de sustancias

La percepción social era que “las drogas están ahí, no van a desaparecer, por



lo que se habrá que aprender a vivir con ellas, puesto que son un riesgo que los jóvenes deben asumir, siempre dentro de unos límites, definidos por los tiempos ociosos de fiesta” (Oró y Gómez, 2013, p. 26).

El reconocimiento de que las drogas tienen efectos positivos y beneficios como la diversión, el placer y la desinhibición, bien como la posibilidad de poder hablar abiertamente del tema son ideas construidas desde la experiencia propia o de otros entre los españoles.

Esto ciertamente contribuyó para que se produjeran cambios también en el imaginario estigmatizador que asocia a las personas consumidoras con personas enfermas, viciosas, dependientes, delincuentes y sin futuro.

Este cambio en la opinión pública española parece haber ocurrido mucho antes que la de los medios de comunicación y estas diferencias y disonancias fueron investigadas por algunos estudiosos como Rodríguez, Ballesteros, Megías y Rodríguez (2008), Megías, Rodríguez, Megías y Navarro (2005) y Romaní (2004).

Según Usó (2003), la explicación del cambio en el imaginario no puede ser encontrada en un descenso del consumo, pues en este período no ocurrió una disminución significativa del uso de drogas en España. Así que

este cambio en el imaginario de los españoles, lo cual sugiere que el denominado “problema” de drogas era un fenómeno más mediático que real, y en cualquier caso estaría más relacionado con su abordaje institucional que con el propio empleo de sustancias (p.69).

La implantación de las nuevas prácticas fue acompañada por un cambio de



paradigma conocido como el paradigma biopsicosocial. En este modelo, el eje del problema deja de ser la sustancia y pasa a ser todo un conjunto formado por la intersección existente entre persona-sustancia-contexto (Zimberg, 1972,1984).

La relación de la persona con la sustancia debe ser evaluada antes de pensar en la oferta de atención ofrecida, considerando también los distintos tipos de consumo de sustancias existentes (uso recreativo, problemático y nocivo) y el momento de la persona consumidora. El cuadro de adicción, desde estas referencias, ocurre entre estos dos últimos tipos de uso de drogas.

En la actualidad, estas prácticas que ofrecen estrategias de cuidado diferenciadas que intentan abranger el complejo campo de relaciones de las personas con las drogas, basadas en un análisis singular y multifactorial, componen lo que llamamos de red de reducción de riesgos y daños (Redan't).

Además de todo lo expuesto es interesante tener en cuenta algunas particularidades del territorio español para comprender su desarrollo en relación con la política de reducción de daños y riesgos (RIOD, 2018). El territorio español está compuesto por 19 Comunidades Autónomas y 17 tienen competencias traspasadas por el gobierno estatal. Esto permite que los territorios desarrollen respuestas diferentes.

Andalucía, Galicia, Navarra, País Vasco y Catalunya son las comunidades autónomas que tienen un mayor autogobierno. En estos casos, las propuestas en el tema de drogas se dan del gobierno de las comunidades hacia el gobierno estatal. En algunos de estos territorios hay que destacar también el papel de la sociedad civil organizada que participa de una forma más activa en la construcción de las respuestas para sus problemas sociales produciendo una perspectiva comunitaria



importante.

En España, el uso de drogas por la vía inyectada sigue siendo un importante problema de salud pública entre la población reclusa y marginal, aunque la posesión de drogas para consumo personal nunca tenga sido penalizada, el consumo y la posesión de sustancias psicoactivas en lugares públicos fue prohibida por la Ley de Seguridad Pública de 1992 y de 2015 con aplicación de multas y encarcelamiento en caso de no se hacer el pago de las mismas. Otros problemas asociados al consumo de sustancias como los trastornos mentales, episodios de urgencia, mortalidad, la violencia doméstica y desestructuración del hogar persisten como desafíos para las políticas públicas.

Actualmente, España figura entre los países de la Unión Europea con mayores logros en relación a la expansión y desarrollo de los programas de reducción de daños y riesgos. Esto se explica gracias a la variedad y cobertura de estos programas, de la amplia aceptación de las personas consumidoras en situaciones de mayor vulnerabilidad a los programas, así como de los positivos resultados en la reducción de la infección por VIH+ y VHC+, sobretodo los relacionados con el uso de drogas por vía inyectada (Estrategia Nacional, 2017-2024 en RIOD, 2018).

Por todo esto, la reducción de daños y riesgos en España conquistó una amplia legitimidad y es reconocida como un eje fundamental de las políticas de drogas nacionales, sin embargo los programas de abstinencia siguen teniendo subsidios económicos y una cobertura territorial mayores en comparación a los de reducción de daños y riesgos.

Los programas de prevención de sobredosis, por ejemplo, existen solo en 7



Comunidades Autónomas y las salas de consumo supervisado de drogas en apenas dos comunidades (1 en el País Vasco y 12 en Cataluña), pero anteriormente entre 2000 y 2011 hubo una sala en Madrid (Barranquilla).

Además, es evidente la necesidad de investimento en acciones, tanto en el ámbito de la prevención como asistenciales, destinadas hacia otras realidades (mujeres, población LGBTQI+, entre otras) y el consumo de otros tipos de drogas más allá de la heroína (RIOD, 2018).

A lo largo de los años se buscó establecer una unión entre todas las asociaciones españolas de tal manera que se aprovechó la oportunidad para crear la UNAD (Unión Nacional de Asociaciones de Drogodependencias). En Cataluña también se propuso la Federación Catalana de Drogas (FCD).

En su mayoría, en los principios de los ochenta las asociaciones eran formadas por grupos de familiares y personas consumidoras que reclamaban a la administración que pusiese remedio a la situación del consumo de heroína que había se extendido entre la población.

Según uno de los entrevistados

*Los ingleses o los americanos para plantearse una cosa tienen que tener mil ensayos. En los EUA no tienen salas, solo zonas de intercambio de jeringuillas. Entonces lo que piensan en moderno son bastante los latinos (Barcelona), los australianos (hay un grupo muy importante en Sidney) y Canadá (Quebec). Luego también en centroeuropa (Alemania, Holanda, Austria, Finlandia) que se llegaron a estas ideas no desde la improvisación como nosotros, sino desde el pragmatismo (EP5, 44).*



Por todo lo expuesto se puede reconocer que España el tema de las drogas de manera general se ha avanzado mucho. Lo que pasa aún es el estigma donde hay un consumo marginal.

La Comunidad Autónoma de Cataluña es uno de los territorios pioneros en innovación social y sanitaria en el sector y se destaca por la implantación de prácticamente todos los programas de reducción de daños y riesgos presentados. Además de ser uno de los territorios con mayor cobertura de salas de consumo supervisado de drogas de Europa.

#### **4.2 El contexto catalán y barcelonés**

Cataluña empezó a implantar Políticas de Reducción de Daños desde finales de la década de 1990. El cambio de paradigma pasó por el reconocimiento de que muchas personas seguían consumiendo drogas a pesar de todos los problemas relacionados con el uso y fue favorecido por el desarrollo de un programa de acercamiento realizado en locales de consumo activo de drogas.

Los primeros centros de atención fueron ubicados en el Hospital Clínic de Barcelona, y otros ayuntamientos como de L'Hospitalet de Granollers y de Vic, la Cáritas Diocesana, la Diputación de Girona y el Hospital Mútua de Terrassa por medio de la diputación también empezaron a organizar centros de atención en sus localidades.

Según cuenta una entrevistada, el ayuntamiento de Barcelona reconoció la necesidad de empezar a trabajar con el tema de la heroína especialmente después





que un grupo de madres y su cura buscaron la administración para explicar la situación de sus hijos que estaban con problemas con drogas y pedirles ayuda.

*En aquel momento no se sabía mucho lo que hacer, tampoco como se podría trabajar con esta demanda. El ayuntamiento llamó a algunos profesionales, fuimos por Europa a ver lo que se podría hacer y juntos se propuso la creación de una asociación. Era justo el momento de constitución de los ayuntamientos democráticos en España, el principio de las asociaciones y el principio de la heroína, o sea, fue todo a la vez. La asociación nació al lado de la constitución de los Servicios Sociales de Barcelona y quedó responsable por la implantación del primer Centro de Tratamiento de Drogas. Desde el principio, se pensaba que el trabajo con drogas era un problema biopsicosocial y educativo y que era necesario realizar un trabajo con las personas consumidoras y con sus familias que estaban muy alarmadas con la situación (EP2, 3).*

Se notó la necesidad de ampliar este trabajo y se fueron instalando más servicios. Además del Centro de Atención a Drogodependientes (CAID), también se crearon comunidades terapéuticas para personas consumidoras de heroína. En poco tiempo esta iniciativa creció y se ha convertido en una red extensa de servicios que se torna referencia para toda España.

Según Vecino

En la ciudad de Barcelona, el año 1980, el área de Servicios Sociales



establece un programa de atención a las drogodependencias, en que se prioriza la atención a la población marginada. Fue en 1981 cuando se crea el primer centro de atención a drogodependientes (CAID) y los equipos base de prevención y detección de ámbito comunitario. Estos equipos estaban constituidos por equipos multidisciplinares con médicos, psicólogos, asistentes sociales y educadores (Vecino, 1999, p. 227).

En 1985, con la aprobación del Plan Nacional de Drogas, se repartió entre la Administración Central, la Administración Autonómica y la Local las competencias de desarrollo de los planes de intervención en drogodependencias. Cataluña aprobó la Ley de Drogodependencias en este mismo año (Ley 20/85). Esta ley especifica el marco de actuaciones de la Generalidad y parte de la noción que la drogodependencia es una enfermedad y que las intervenciones deben ser divididas en ejes de prevención, asistencial y de reinserción que actuarían tanto en las drogas legales (alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas) como en las ilegales.

*Fue la unión y el vínculo de confianza establecido entre el tejido asociativo con la administración pública municipal que posibilitó que Barcelona empezase a organizar su red de atención a las drogodependencias antes mismo de la publicación del Plan Nacional de Drogas. Con el Plan, la parceria entre la administración municipal y el 3º sector se fortaleció aún más. En Cataluña, el tercer sector tiene mucha fuerza, pero sabemos que esto no ocurre de la misma manera en todo país (EP2, 5).*



En 1987, se creó un órgano técnico de Drogodependencias vinculado al Departamento de Sanidad que pasó a elaborar el Plan de Drogodependencias de Cataluña, con esto se organizó una red de atención articulada en cuatro niveles de atención, es decir la Atención Primaria Sanitaria y Social (APPS), los Centros de Atención y Seguimiento (CAS), las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD) y la Reinserción específica e inespecífica.

Ya el 1988, se organizó en Barcelona la Comisión Municipal de Drogodependencias formada por asesores de la Juventud, la Enseñanza, la Sanidad, la Protección Ciudadana, los Servicios Sociales y la Comisión de Descentralización que elaboró el Plan Municipal de Acción de Drogodependencias (PMAD).

El PMAD permitió establecer un consenso entre diferentes representantes de los sectores políticos y una orientación unificada que sirvió de base para las acciones desarrolladas en la ciudad y sus alrededores. Desde entonces, se vinculó el Plan de Acción al Área de Salud Pública de Barcelona que se quedó responsable por su desarrollo a partir de una evaluación anual y una actualización cuatrienal.

Según uno de los entrevistados, la decisión de vincular la red de drogodependencias al área de salud pública fue una decisión estratégica y visó garantizar una protección administrativa al programa. El hecho de que los técnicos de la administración responsables por el tema de drogas se hayan mantenido en cargos importantes a lo largo de todos estos años seguramente también contribuyó para que la red de atención de Barcelona se quedase menos expuesta a riesgos de fragilización y ruptura en sus planes y principios de trabajo.

El Plan de Barcelona fue una iniciativa innovadora en todo el territorio



español, su modelo fue basado en la tolerancia, respeto y solidaridad. La directriz del plan barcelonés no buscó exclusivamente la abstinencia o el no consumo, sino la incorporación de las personas consumidoras marginalizadas, no olvidando el eje preventivo dirigido a población joven, el incentivo a realización de actividades alternativas y refuerzo al información, habilidades y actitudes positivas en relación a la salud y bienestar de las personas.

Para garantizar el consenso, el plan posee una dirección política, una participativa y otra gerencial y de acuerdo con Vecino:

La primera ostenta el Grupo de Trabajo de Drogodependencias donde se encuentran representados todos los partidos políticos del ayuntamiento, la función del es definir la misión del Plan y señalar cuáles son los objetivos generales y las estrategias que se deben poner en marcha. La segunda ostenta el Grupo de Drogodependencia del Consejo de Bienestar Social (Colegio profesionales de médicos, psicólogos, farmacéuticos y asistentes sociales, Consejo de la Juventud, sindicatos, partidos políticos, asociaciones de profesionales, asociaciones de voluntariado, Federación de Asociaciones de Vecinos de Barcelona y Justicia) con el fin de trabajar y profundizar en los diferentes aspectos de intervención, indicando y realizando propuestas de cambio. La tercera ostenta el gerente de área de Salud Pública de quien depende el director del Plan, y de éste, un equipo técnico, con las funciones de planificación, ejecución y evaluación del Plan. Ellos tienen en cuenta la participación de varias áreas del Ayuntamiento, a través de la coordinación (Vecino, 1999, p.230).



En 1989, se crea el Sistema de Información de Drogas de Barcelona (SIBD) que reúne datos que permiten evaluar la evolución, la magnitud y las características del abuso de drogas en la ciudad. Para Vecino (1999), los resultados positivos del desarrollo del Plan de Acción de Barcelona están relacionados a su producción colectiva y la participación de diferentes actores sociales tales como I@s profesionales, el voluntariado, los movimientos sociales, las asociaciones y los ciudadanos y ciudadanas.

Hace ya más de veinte años que empecé a trabajar en la ciudad en el enfoque de las drogodependencias, incluyendo el alcoholismo. Los avances han sido ciertamente importantes y las estrategias que se han utilizado han variado con la evolución del fenómeno. Queda por saber, no obstante, porque posiblemente las diferentes drogas continuarán trayendo algunas dificultades. Lo que la experiencia ha aportado es que «el problema de drogas », como muchos otros,« es de todos »y las respuestas siempre deben venir desde la serenidad, la implicación solidaria y la flexibilidad (Vecino, 1999, p.233).

A lo largo de los años 1990, la epidemia del SIDA trajo otros agravios y más prejuicios a las personas consumidoras de drogas llevando los servicios a buscar otras estrategias de aproximación y acompañamiento a un mayor número de usuarios y usuarias.

Las correlaciones existentes entre las personas consumidoras de drogas y el crecimiento de enfermedades contagiosas como VIH, Hepatitis, Tuberculosis



reforzarán la necesidad de producir también campañas de prevención, diagnóstico precoces y adhesión al tratamiento antirretroviral y llevaran algunos profesionales a tener contacto por primera vez con las prácticas de reducción de daños y riesgos.

De acuerdo con uno de los entrevistados

*La escuela de Barcelona viene de Ginebra. Todo lo que está aquí deriva de las ideas de una mujer espectacular llamada Dra. Ane Minó de Ginebra. Muchos psiquiatras fueron allí y vinieron con estas ideas. También hay una referencia inglesa sobre el trabajo de iguales. Otra referencia son los propios usuarios. Luego el pragmatismo centroeuropeo a partir del consumo de cannabis de los holandeses. Luego hay un par de autores muy conocidos de EUA que se llama Desarmé. Y la escuela de Sydney (EP5, 47).*

El desarrollo de este tipo de práctica empieza a ponerse en marcha en 1993 por medio de la creación de programas de intercambios de jeringuillas, de tratamiento sustitutivo de heroína con metadona y la instalación de un trabajo de proximidad desarrollado tanto en los centros de drogodependencia como en las llamadas “zonas calientes”, es decir, en los locales donde se hace consumo activo de drogas.

*Aquel escenario era horrible, después de 20 años trabajando en drogas no me podía creer lo que estaba viendo. Me quedé escandalizada. Comenzamos entonces a trabajar allí con un autobús y lo que hacíamos era básicamente reparto de jeringuillas, curas y atención a sobredosis (EP2, 9).*



De acuerdo con l@s participantes de la investigación, muchos profesionales se pusieron reticentes cuando se empezó a trabajar en el ámbito de las drogas bajo las perspectiva de reducción de daños y riesgos. Todavía, sobre todo después del trabajo desarrollado en el barrio de Can Tunis, la RDR demostró ser el tipo de acción más eficaz y de mayor receptividad por parte de las personas consumidoras más vulnerables.

*En Can Tunis comprendemos que las personas quieren consumir drogas, pero nadie quería morir por su consumo (EP 2, 12).*

La primera sala de consumo higiénico de drogas de Barcelona, por ejemplo, surgió de la iniciativa de profesionales que actuaban en el programa de proximidad desarrollado en Can Tunis (2001) y veían la necesidad de ofrecer a l@s usuari@s un espacio más adecuado para hacer en el consumo de sustancia. Era verano, más precisamente mediados de julio de 2001, cuando tuvieron la idea de poner una carpa, unas cuatro mesas y cuatro sillas y empezar con la sala.

Así que cuando los diferentes niveles de la administración pública no se ponían de acuerdo sobre la instalación de una sala de consumo, de manera simple, inusitada y con donaciones de vecinos conocidos, una profesional (*mujer*), muy conocida de la asociación, compró los materiales, informó algunos técnicos de la administración con quien ya había hecho mucho trabajo comunitario y puso en marcha la primera sala de consumo.

Como ella y la asociación eran muy conocidas y reconocidas, todo lo que



decían y hacían tenía mucha validez, nadie dudaba del trabajo que desarrollaban en el ámbito de drogas, así que en poco tiempo, el ayuntamiento, viendo que la propuesta de la carpa había dado resultado, les ofreció un segundo autobús. Un autobús entonces fue dedicado a la sala de consumo y el otro fue destinado para curas, servicios sociales, alimentación, etcétera.

*Lo más interesante fue que en el primer día, antes mismo de terminar el montaje del espacio, los usuarios y usuarias ya hacían cola para entrar (...). Los usuarios valoran la sala super bien todos. Preferían inyectarse ahí de forma adecuada qué hacer cómo lo hacían. Había usuarios que se pinchan de cualquier manera, en el pecho, en el pene, con lo cual las sobredosis eran muchísimas. Formamos usuarios para intervenir en sobredosis cuando no estábamos. Algunos decían que habían salvado más vidas que algunos médicos y esto es cierto (EP2, 13).*

Ante los resultados que la sala de consumo tuvo, el éxito del proyecto de reducción de daños y riesgos de Barcelona se extendió por toda Europa y muchos profesionales de otros países pasaron a visitarlo y buscar formación de modo que esta experiencia contribuyó para que la reducción de daños y riesgos fuera valorada muy positivamente.

Luego se inició por parte de los profesionales que actuaban en Can Tunis una tentativa de inserción de estas personas en tratamiento. Todavía, las personas no llegaban hasta los centros de atención de salud, incluso los que ofrecen tratamiento específico de drogodependencias, tenían dificultades para acompañar estas





personas. Además, ya se sabe que esta población no se adapta a la oferta de tratamiento agendada, pues no tienen un modo de vida que les posibilite organizarse para esto.

*Entonces se hizo una tentativa de realizar una atención inmediata a estas personas en un centro de atención de drogodependencias (CAS de Sants), gestionado por la misma asociación . Así que se les ofrecía tratamiento en la sala de consumo de Can Tunis y cuando aceptaban, el equipo de educadores les acompañaba hasta el servicio donde eran atendidos en el mismo día y generalmente iniciaban el tratamiento con metadona. A cabo de 3 meses y 6 meses después fue realizada una evaluación de esta experiencia y se tuvo una respuesta de 40% de adhesión de las personas inseridas de manera que se concluyó que era necesario adecuar el servicio a las necesidades del usuari@ (EP2, 18).*

Con la toma y el encerramiento de la zona Can Tunis por el puerto (2003), las personas empezaron a transferirse para la ciudad en dos zonas distintas, una era el Raval y otra Nou Barris. Estas son zonas que están dentro de la ciudad, pero que circula mucha gente distinta y las personas consumidoras pasan más desapercibidas que en el resto de los barrios más residenciales de Barcelona.

En octubre de 2003, se abre la primera sala de consumo asistido dentro de la ciudad de Barcelona. Fue instalada en la zona central en un espacio en el que antes funcionaba un almacén del SAPS gestionado por la entidad de Creu Roja. *Fue divertido, pues se quitaron los trastos y pronto se hizo la sala!* (EP5, 14).



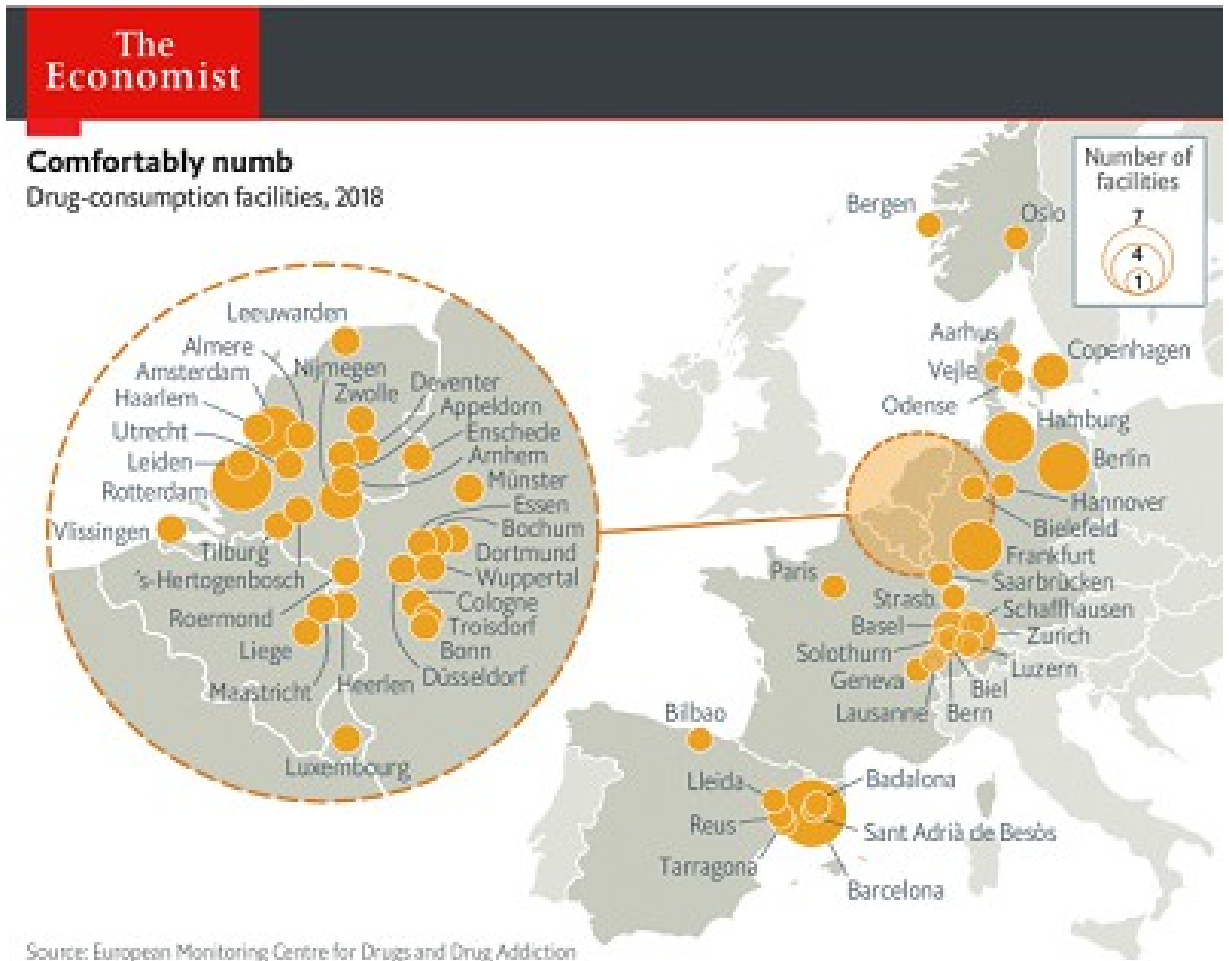
En 2004, se montó el CAS Baluard en las Drassanes (la muralla) y en Nou Barris, se cree que por intereses económicos, no hubo manera de instalar un servicio. Lo que se hizo fue abrir un CAS en el Vall D'hebron, pero esta zona está muy desplazada del núcleo fundamental de l@s usuari@s y no fue muy bien aceptada por ell@s. Luego se instaló la sala de La Mina.

El CAS Baluard empezó su funcionamiento en un espacio de 60 m<sup>2</sup> y ya recibía cerca de 400 visitas diarias. Con el tiempo se fue logrando apoyo para hacer una ampliación del espacio y de la equipo y se pudo demostrar los resultados del que es un trabajo comunitario y de salud importantes.

El apoyo de la asociación de vecinos fue un soporte bastante importante para la realización del trabajo con la comunidad desde el principio de la instalación de estos servicios dentro de la ciudad, pues siempre hay quejas, protesta y alguna resistencia por parte de los vecinos, sobretodo los nuevos que no tienen una mentalidad formada sobre el tema de drogas ni sobre el trabajo comunitario.

*Cierta vez dice a un vecino, si no tuviera la sala de consumo aquí en Raval tenias que reclamar, porque de como estaba esta parte de la ciudad cuando empezamos a trabajar en esta zona y como está ahora no tiene nada que ver. Hemos mejorado muchísimo (EP2, 20).*

El abanico de oferta de tratamiento para las personas consumidoras de drogas fue se expandiendo en la década de 2000, especialmente el dispositivo de las salas de consumo supervisado que llegan a 12 en este momento.



The Economist

Disponible en: <https://drogues.gencat.cat/es/detalls/Noticia/The-Economist-article-de-reconeixement-a-les-Sales-de-Consum-supervisat>

Después de diez años de monitorear los datos, García, Graugés, Queralt, Ribot, Brugal & Caylà publican un artículo presentando las siguientes conclusiones sobre una evaluación de la red de drogodependencias de Barcelona hecha con base en los datos del SIDB (Sistema de Información de Drogas de Barcelona):



El panorama de las drogodependencias ha cambiado en el conjunto de la ciudad de Barcelona. Actualmente la heroína, si bien sigue siendo el primer problema de salud pública por ocasionar la mayoría de los problemas «dichos de Salud Pública» (muertes por sobredosis, sida, ingresos en prisión, etc.), ha experimentado una notable disminución en el último quinquenio. Este proceso quizá ha sido gracias a los programas de mantenimiento con metadona instaurados en la ciudad en el año 1991. Sin embargo en los últimos 3 años se observa un constante y paulatino incremento de los problemas relacionados con la cocaína (patología cardiovascular y psiquiátrica). No queda claro que pasa con la incidencia, si bien parece que en el caso de la heroína ésta es muy baja, no sabemos con certeza la de la cocaína, ya que el incremento de prevalencia podría deberse a consumidores antiguos que en la actualidad comienzan a presentar problemas sanitarios. También se ha observado un porcentaje importante (20% del total de pacientes en IT [inicio de tratamiento por drogas no institucionales]) que consumen heroína más cocaína.

El exceso de mortalidad en este colectivo sigue siendo importante, si bien las muertes por sida han experimentado un descenso importante, no así las defunciones por sobredosis.

Con respecto a las CI (Complicaciones Infecciosas - SIDA y Tuberculosis) en este colectivo, también han experimentado un descenso muy importante, probablemente debido a las medidas de control orgánico y a las políticas de disminución de daños implementadas en la ciudad a principios de los años 90 (1999, p.8113).



De todas las maneras hay que destacar que del punto de vista cultural Cataluña es un territorio muy abierto a entender que el consumo de drogas se está normalizando y que es una práctica a más.

*una persona interesante, el subdirector de drogas propuso una inversión en el discurso inicial. Antes se decía donde hay metadona, no puede haber consumo. ¡No los juntes! Pero desde 2010, en Barcelona, donde hay metadona hay una sala de consumo (EP5, 16).*

Muchos estudios sobre Reducción de Daños en la red de atención a las drogodependencias de Cataluña fueron realizados entre los cuales podemos citar la investigación del proyecto de reducción de daños de Can Tunis (Anoro; Ilundain; Santisteban, 2003), el estudio sobre el perfil psicológico de los usuarios del Centro de Reducción de Daños Baluard (Torrents, 2006), la investigación sobre los jóvenes que utilizan las salas de consumo de drogas (Bravo; Royuela; De la Fuente; Brugal; Barrio; Domingo-Salvany, 2009), del trabajo de lo CAS Vall D'hebron (Daigre; Comín; Rodríguez-Cintas; Voltés; Alvarez; Roncero; Gonzalvo; Casas, 2010 y Curtó, 2011); de la Unidad Móvil de la Zona Franca (Dietze; Winter; Pedrana; Leicht; Majó; Brugal, 2012), del SAPS Creu Roja (Clua García, 2012); del perfil de inyectores de Cataluña (Folch; Casabona; Brugal; Majó; Meroño; Espelt; González, 2012; Roncero; Martínez-Luna; Daigre, 2013) y del impacto de las Salas de Consumo en sus distintas actuaciones (Delás; Priore; Pigem; Aguas, 2008; Vecino; Villalbí; Guitart; Espelt; Bartroli; Castellano; Brugal, 2013; Andreo; Rogés; Marco; Bua; Segador;



Gómez; Henar; Coromina; Cami; Delàs; Diaz; Aguas, 2013; Clua García, 2016).

Además, se puede contar con los informes y otros materiales producidos por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB, 2004 y 2006; Brugal; Espelt; Guitart, 2009 y 2013), la Agencia de Salut de Catalunya (2015) y la Red Iberoamericana de ONGs que trabajan con drogas y adicciones (RIOD, 2018).

Todo esto dió pié para que se demostrara que era posible trabajar con esta población y el éxito de los resultados de este trabajo se dió debido a la disponibilidad de hacer ciertas adaptaciones en el modelo tradicional de cuidado para alcanzar a personas en mayores situaciones de vulnerabilidad, pues en el trabajo con ellas el circuito de atención tiene que ser más facilitado, más rápido y se debe aprovechar todas las oportunidades que ocurren para iniciar un trabajo.

Más recientemente, el encerramiento de los “narcopisos” y la pandemia del COVID 19 generaron otros cambios sobre todo en las maneras cómo los usuarios y usuarias utilizan de los espacios de reducción de daños y riesgos. Esto ciertamente conlleva a nuevas adaptaciones tanto por parte de los servicios como por parte del trabajo comunitario.

Todavía investigaciones realizadas apuntan que las políticas y prácticas de reducción de daños en Barcelona no fueron suficientes para posibilitar que una parte significativa de este grupo más vulnerable de personas consumidoras llegasen a acceder a recursos de inclusión social y derechos como educación, vivienda, trabajo y otros programas de fortalecimiento de vínculos. Además, hay que reconocer que los programas realizados entre distintos sectores públicos como salud, justicia y seguridad siguen funcionando con poca conexión (Brugal, Espelt y Guitart, 2009; Folch et al., 2012; Vecino et al., 2013).



Según uno de los entrevistados una posible explicación para esto estaría en el bajo interés que este grupo poblacional genera en la ciudadanía y en los políticos en general.

*En Barcelona hay 12 salas de consumo, en País Basco una y en el resto de España ninguna. La gente dice que esta distinción es por cosas políticas, pero diría que no. Yo creo que los equipos de sanidad no son reivindicativos de esta cosa (...). Seguramente no hay ni religión, ni política, ni cultura, ni dinero, nadie se ha preocupado por esto (...). Ahora estamos haciendo una pequeña campaña diciendo ¿por qué en el resto de España no se pinchan? El ejemplo que ponemos es como si solo en Cataluña y en País Basco hubiera diálisis para tratar a las personas que tienen insuficiencia renal y en el resto no. Lo que sí es verdad es que si algo como esto ocurriera médicos y pacientes harían una manifestación y sería imposible. Pero aquí quien se ocupa de “los drogatas” y de los médicos que se dedican a ellos? ¡A nadie les interesa! (EP5, 18).*

Por lo tanto hay muchos desafíos hasta llegar a una visión más amplia del problema de las adicciones y la normalización de las drogas en la sociedad y la garantía de los derechos de las personas consumidoras más vulnerables parecen tareas que están muy lejos de concretarse.

#### **4.3 La contingencia de la política de drogas en España**



Para Hannah Arendt (1997) la política es aquello que emerge cuando las personas se organizan para tratar de temas o problemas comunes a partir de la palabra y la acción. El discurso posibilita que se compartan ideas y desde ahí puede surgir alguna acción nueva (que es la manifestación de la libertad humana). Así que para pensar sobre la política habría que pensar sobre la contingencia del orden social y el momento de institución de ese orden.

Cuando se piensa en la actual política de drogas en España se traslada a los años ochenta, más específicamente a 24 de julio de 1985, fecha fundacional del Plan Nacional sobre Drogas. El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) constituye el marco en el que se desarrolla la política nacional sobre drogas. En esta fecha se presentó el documento elaborado en la primera Conferencia Sectorial sobre Drogas de España.

Tal conferencia fue un desdoblamiento de la propuesta lanzada por el ministro de Sanidad y Consumo Ernest Lluch, como respuesta a la convocatoria hecha por el Congreso de los Diputados al Gobierno, en 1984, para la elaboración de una política sobre drogas. En este momento, España vivía un período de descentralización político-administrativa, así que la construcción del plan es una respuesta gubernamental que dialoga con este contexto.

El objetivo del plan es nada más que coordinar las políticas de drogas que se están llevando a cabo en el país, basándose en el respeto al principio de autonomía de las competencias asumidas por las comunidades autónomas y buscando construir un consenso social y técnico sobre las intervenciones. Además de definir las directrices de administración para atender las distintas demandas existentes, actualmente la financiación del PNSD tiene un doble origen, recibe presupuestos





anuales del Estado y del Fondo de Bienes Decomisados por Tráfico Ilícito de Drogas que fue regulado por la Ley 17/2003.

Fueron creadas también algunas estructuras de coordinación en los niveles estatal y autonómico, tal como el Grupo Interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas cuyo trabajo se centra en la coordinación de los distintos departamentos y organismos en el ámbito ministerial. La Conferencia Sectorial del PNSD y la Comisión Técnica Interautonómica quedarán con la misión de ejercer la coordinación en nivel autonómico con la participación de los responsables por cada comunidad autónoma en materia de drogas.

Al ámbito autonómico fueron atribuidas competencias como la elaboración, la planificación, la coordinación, el desarrollo y la evaluación de toda la red de drogodependencias compuesta por los ejes de prevención, asistencia e integración social. De manera que las comunidades autónomas, a continuación del PNSD, empezaron a elaborar sus planes autonómicos y a hacer sus propias legislaciones.

Impulsados por todo este proceso, los municipios también comenzaron a crear sus Planes Municipales de Drogas. Además de estas estructuras, hay que destacar la creación del Observatorio Español sobre Drogas y del Centro de Documentación.

Cataluña publicó su ley sobre drogas aún en 1985 (Ley 20/85), esta indica que las drogodependencias son una enfermedad. La ley dispone sobre limitaciones de la promoción y venta de drogas legales, delimita las actuaciones asistenciales y regula las competencias autonómicas en ordenación, planificación y coordinación de los programas. El 21 de abril de 1987 fue lanzado el primer Plan de Drogodependencias de la Generalitat.



El plan de Cataluña es gestionado por un cuerpo técnico compuesto por una equipo que coordina el trabajo de los servicios instalados. Se ha creado aún un sistema de información para ofrecer datos más concretos de las necesidades de la comunidad autónoma. Se defiende la necesidad de realizar la atención a las drogodependencias desde equipamientos especializados e integrados a la red de salud general. Diferente de otras realidades, la red de atención a las drogodependencias no fue asociada directamente a la salud mental.

El territorio català fue dividido en cinco áreas donde se planificó una red de drogodependencias que realiza acciones de prevención y capacitación en drogas, atención inicial en la red primaria, atención en red especializada en según nivel (Centros de Atención a las Drogodependencias – CAS), en tercer nivel (Unidades Hospitalarias de Desintoxicación - UHD; las Comunidades Terapéuticas – CT y los Centros de Dispensación de Metadona - CDM) y en cuarto nivel (Programas de Reinserción). Además se incluye en la categoría otros el apoyo a asociaciones y programas de formación y docencia en el ámbito de las drogas (Plan de la Generalitat, 1987).

### **4.3 El político y las drogas**

Según Lefort (2004), en cuando la política remite a un conjunto de instituciones, relaciones, actividades específicas desarrolladas por los campos económico, cultural y jurídico, lo político tiene un carácter instituyente y simbólico.

Un acontecimiento marcante que puede estar relacionado a lo político de las drogas en España fue la intensa preocupación de la población, en aquel momento, con la



expansión del número de jóvenes españoles infectados y muertos por HIV, hepatitis y sobredosis.

En el contexto europeo, el gobierno español estuvo entre los que más tardaron en desarrollar políticas de intervención en relación a lo que pasaba. No obstante, en algunas comunidades autonómicas, como fue el caso de Cataluña, la movilización de la sociedad civil emprendió un movimiento político que permitió la organización de instituciones no gubernamentales que se presentaron para intervenir en aquel contexto social alarmante.

Por lo tanto, en España las Organizaciones no Gubernamentales, sobre todo durante los años setenta y ochenta, fueron las instituciones que protagonizaron el desarrollo de los primeros recursos ante los problemas de salud pública relacionados al consumo de heroína. Muchas de ellas incluso, inspiradas en experiencias de otros países europeos como Suiza, desarrollaron las primeras intervenciones de reducción de daños y riesgos del país de manera totalmente instituyente. Un gran ejemplo de este acontecimiento fue la experiencia de Can Tunis.

En 1992, por el tema de las Olimpiadas, se dibujó una ruta local para sacar los yonquis del centro histórico como medida higiénica. Estas personas fueron concentradas en Can Tunis, donde había, hasta entonces, una población mayoritariamente gitana y un pequeño comercio de venta de heroína y cocaína. Can Tunis fue un pequeño barrio de Barcelona establecido sobre un terreno de propiedad del puerto.

A lo largo de las Olimpiadas, Can Tunis tuvo su comercio de drogas expandido tanto por la llegada de los yonquis como de los turistas extranjeros



consumidores de sustancias y se convirtió en un punto de referencia en el mercado de drogas asociado a un contexto violento que envolvía sobretodo conflictos entre l@s gitanos y la policía.

Las personas consumidoras, en su mayoría español@s y inmigrantes, después de las Olimpiadas, pasarán a dirigirse hacia el barrio para comprar y consumir drogas de manera muy intensa. En poco tiempo, muchas de las que se engancharon se quedaron a vivir por ahí constituyendo un campo de inyección libre establecido bajo condiciones insalubres asociados a riesgos como enfermedades y muerte tales como las sobredosis .

En 1993, varias organizaciones no gubernamentales empezaron a desarrollar un trabajo en el barrio con las personas consumidoras ofreciéndoles alimentos, condones, asistencia médica de emergencia e intercambio de jeringas. En poco tiempo de intervención ya se podría notar los logros del trabajo por la baja de nuevos casos de infección de VIH-SIDA y en los índices de muerte por sobredosis.

En 2001, el barrio fue derruido tras el proyecto de ampliación del puerto de Barcelona. Con el fin de Can Tunis y su campo de inyección, las personas consumidoras se trasladaron nuevamente hasta el casco antiguo de la ciudad, sobre todo para la región en que se concentran los barrios Gótico, Raval y Nou Barris. En respuesta a esta realidad, las tasas de infección por VIH-SIDA y de muertes por sobredosis volvieron a crecer llegando a índices muy parecidos con los de 1993. Frente a esta situación se empezó a planificar servicios de atención a las drogodependencias en estos barrios entre ellos el CAS Baluard (Cluà García, 2016) y el SAPS que fue convertido años después en el CAS Lluís Companys (Cluà García, 2012).



El movimiento político español sobre las drogas y el hecho de que las estrategias de reducción de daños y riesgos existen de manera expresiva en algunas comunidades autónomas parecen tener mucho que ver con el protagonismo de estas experiencias.

Según una de las entrevistadas

*en la práctica cada autonomía ha hecho de diferente manera (...). En la guerra que ocurrió en los ochenta con las drogas, hubo comunidades autónomas que pensaban que las políticas de drogas deberían ser llevadas por la administración. Ya en Cataluña se decidió llevar las asociaciones no gubernamentales con la administración (...). Sumamos fuerzas, porque las asociaciones dan cuenta de los cambios sociales constantes y van adaptándose, en cambio la administración es mucho más lenta (...). En Cataluña, las organizaciones de tercer sector son bastante potentes y están realmente con la misión de velar por las personas. Entonces algunas autonomías pasarán muchos de los servicios a la administración que las gestiona directamente. Otras les pasaran a salud mental y desde ahí las adicciones se dispersan totalmente. Al final, muchos se tienen que ir a la privada quien puede pagarlo para tener tratamiento. Entonces, cada autonomía ha seguido un camino diferente. En Barcelona, tuvimos la suerte de tener un técnico de la administración que se ha mantenido casi desde el principio y que sabe un montón sobre el tema y las organizaciones que pudieran establecer un hilo conductor y transmitir la historia a las personas que entran y salen (EP2, 53).*



El espacio de creación de algo nuevo y necesario donde estas instituciones se moverán durante la producción de sus iniciativas recuerda lo que Arendt llama “terreno de la libertad”. Un terreno que dialoga mucho con las bases de la reducción de daños y riesgos ya que, en cuando un movimiento micropolítico, la RDR presupone que todos l@s ciudadan@s tienen derecho, justamente por ser sujetos libres, de elegir si quieren o no hacer consumo de drogas.

Con el paso de los años, las ONGs fueron estructurando y su trabajo fue siendo cada vez más institucionalizado. Con la creación del Plan Nacional sobre Drogas, las ONGs y Asociaciones fueron incorporadas al nuevo sistema administrativo y sus relaciones con el gobierno pasarán a establecer oficialmente mediante la creación de convenios y subvenciones.

Como una respuesta a este proceso, la mayoría de las ONGs se organizaron en Federaciones buscando una articulación y fortalecimiento del sector. El gobierno, en una tentativa de incluir este grupo a la nueva estructura del PNSD, pasó a invitar a las ONGs a participar de ciertos espacios de gestión del plan y a incentivar las ONGs a desarrollar proyectos en áreas más instituyentes tal como la prevención y la incorporación social.

Así que se puede decir que la política propuesta por el Estado Español instituyó una nueva orden social en el ámbito de las drogas en España que se apropia de las iniciativas, del conocimiento y de las experiencias de instituciones no gubernamentales diluyendo sus niveles de participación y transformación social.

No se puede olvidar que el trasfondo sobre el cual se constituye la política es un terreno de relaciones estructurantes, así que vamos encontrar en las bases de la



constitución del PNSD acciones inspiradas en las iniciativas instituyentes, pero también prácticas hegemónicas de intervención que van se articular de una manera un tanto conflictivas e incoherentes.

El desarrollo de los planes autonómicos y locales de drogas, por ejemplo, revelan la existencia de diferencias estructurantes entre las distintas regiones del país tanto en relación a los problemas asociados al consumo de drogas como en la planificación de las políticas (Requena, López y Alonso, 2004).

Así que se puede decir que en ciertas regiones “el no a las drogas” (la abstinencia) va regir las bases de las intervenciones, al paso que en otras la reducción de daños y riesgos se presentará de una manera más fuerte en las directrices de las acciones.

En este sentido, la reducción de daños y riesgos nace y se desarrolla en España menos por una política gubernamental que por un movimiento micropolítico protagonizado por el tercer sector en algunos contextos del país.

#### **4.4 La política y lo político en el contexto actual**

Actualmente, las comunidades autónomas están de acuerdo que la situación en relación al problema de las drogas ha mejorado, aunque regiones como Asturias, Castilla de la Mancha, Cataluña, Ceuta, Galicia, Melilla, Murcia y País Vasco creen que el contexto sigue siendo preocupante.

El cambio en la situación del consumo, tanto en el tipo de sustancia como en las vías de administración, indica un descenso en el uso de heroína inyectada, pero un crecimiento exponencial del policonsumo y la prevalencia del uso de la cannabis



y la cocaína. España tiene los mayores índices de consumo de cocaína y cannabis dentro de los países de la Unión Europea (Delás, Priore, Pigem, Aguas, 2008).

En diciembre de 1999, el gobierno aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas (ENSD) que tuvo como objetivo actualizar el Plan Nacional de Drogas y los pactos de cooperación y coordinación entre las distintas organizaciones. La ENSD fue un marco muy importante para el sector, pues sus directrices no se restringieron sólo en normas organizativas, más se convirtieron también en parte integrante del ordenamiento jurídico nacional.

Otro punto importante de la ENSD fue la propuesta del Circuito Terapéutico de Asistencia y el Sistema de Integración Social para l@s Drogodependientes que entiende que cada programa forma parte de un proceso mayor y debe trabajar conjuntamente con los otros. El objetivo es promover la integración de las personas en la sociedad. Estos programas deben ser planificados por los planes autonómicos y locales y la asistencia hacia estas personas quedó garantizada por el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Acción Social y Servicios Sociales.

A finales de 2004, se realizó la primera evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas en que se ha notado un desarrollo satisfactorio en lo que se refiere a la implantación de programas de reducción de daños y servicios asistenciales y un trabajo aún poco expresivo en materia de prevención, inserción social y centros de documentación, investigación y información sobre drogas.

Un de los instrumentos utilizados para realizar esta evaluación fue los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Uso y Abuso de Drogas en España (dirigida a población general de 15 a 64 años y realizada bianualmente desde 1995) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (dirigida a





estudiantes entre 14 a 18 años también realizada bianualmente desde 1994). Los datos de estas encuestas pueden ser accedidos por medio del site del Observatorio Español sobre Drogas. Además de los cambios en las pautas de consumo, un dato importante que surgió en esta evaluación fue un descenso en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas por parte de la sociedad, especialmente entre la población joven.

Según Moreno (2006), el Plan Nacional, cuando de sus 20 años de ejecución, tenía como principales logros la consolidación de una red de atención amplia, diversificada, profesionalizada, articulada y fortalecida por un consenso social, político e institucional. Además de esto, el autor destaca otros logros tales como:

La creación de unas bases teóricas, con fundamento y rigor científico, que han posibilitado un proceso de generalización de los programas preventivos en todos los ámbitos.

La consolidación de unos sistemas de información que nos permiten conocer cada vez mejor y con mayor detalle la situación de los consumos y sus consecuencias.

La modificación y adaptación de la legislación de acuerdo con la evolución del fenómeno de las drogodependencias.

La disponibilidad de medios e instrumentos policiales altamente especializados.

La presencia destacada de España en los principales organismos y foros internacionales.

Y el incremento de las dotaciones presupuestarias con este destino, tanto



desde la Administración del Estado como desde la de las comunidades autónomas (Moreno, 2006, p.19).

En este período el Gobierno propuso la elaboración de un Plan de Acción (2005-2008) que alcanzó un amplio consenso gracias a colaboración de distintas organizaciones en su elaboración y su presentación en la Conferencia Sectorial del PNSD, en la Comisión Mixta Congreso-Senado y en el Foro impulsado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (“Foro: La sociedad ante las drogas”). Se han puesto en marcha 282 programas que fueron desarrollados por las comunidades autónomas y 44% de los presupuestos fueron destinados al eje de prevención y sensibilización social.

Aunque con el paso de los años el investimento en las políticas de drogas ha aumentado considerablemente, se considera que el número de profesionales trabajando en los diferentes ámbitos de intervención es insuficiente para la demanda existente. Además de esto, hay que considerar la necesidad de mayores inversiones en una formación continuada de l@s profesionales, buscando la constitución de un cuadro de personal cada vez más cualificado para lograr una mejor ejecución de las acciones planificadas.

En el ámbito de la prevención, el contexto escolar es el medio donde más se desarrollan los programas sobre drogas, seguidos del contexto comunitario que comprende acciones como actividades de sensibilización desde los medios de comunicación, formación de mediadores y profesionales, apoyo a movimientos asociativos y campañas institucionales.

El trabajo preventivo en el medio familiar aún tiene baja expresividad, en



general se hace desde acciones puntuales con pocas intervenciones específicas dirigidas a familias de alto riesgo. A pesar de la área de prevención ser considerada el principal eje de inversiones de los planes, la área asistencial sigue absorbiendo la mayor parte de los presupuestos.

La área de incorporación social es la que presenta las mayores dificultades. La mayoría de las comunidades reconoce la necesidad de aumentar estos programas en sus territorios. De acuerdo con el Plan Nacional sobre Drogas, el ámbito de la incorporación social tiene como objetivo integrar la persona al medio social y laboral e está organizado en programas de formación (talleres de empleo, cursos de formación profesional), de integración laboral (programas municipales y especiales de empleo, contratos subvencionados en empresas, promoción del autoempleo) y de apoyo residencial.

Todas las comunidades afirman que realizan un análisis de las necesidades y de los grupos prioritarios y de alto riesgo antes de programar sus actividades. Sin embargo, el proceso de evaluación de los programas carece aún de instrumentos validados y acordados colectivamente.

En este sentido, aunque el Plan de Acción ha logrado mejorar la coordinación de las políticas de drogas en ámbito nacional, estudios muestran que sigue existiendo dificultades y conflictos en materia de coordinación, financiación, recursos materiales, humanos y definición de competencias.

Requena, López y Alonso consideran que

La descentralización es uno de los rasgos que caracteriza a nuestro sistema, con el fin de lograr un mayor acercamiento al ciudadano, no puede venir



acompañada de una descoordinación, duplicidad de competencias o desentendimiento por parte de las administraciones (Requena, López y Alonso, 2004, p. 16).

Con todo lo expuesto se puede decir que hay muchos logros y aspectos positivos desde el desarrollo del Plan Nacional sobre Drogas y de los Planes Autonómicos y Municipales. Todavía hay muchos desafíos por delante en el enfrentamiento de un fenómeno social tan cambiante, multidimensional y complejo.

De acuerdo con Romero Bachiller, Montenegro (2018), en el Estado Español se verifica un crecimiento de políticas públicas que, en general, se basan en las desigualdades estructurales produciendo políticas sectoriales que tienen como alvo la mayoría.

Todavía, estas políticas al final acaban por ignorar ciertas anatomías del detalle y reproducir micro-exclusiones dentro de las macro categorías de exclusión. Así que se puede notar que aún quedan muchos problemas que permanecen inarticulados, invisibles o simplemente ausentes en las políticas.

## 5. UNA CARTOGRAFÍA DE LAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS

De acuerdo con el DGPNSD (2017), los Programas de Reducción de Daños y Riesgos existentes en Catalunya están organizados en tres distintas tipologías: Los dispositivos fijos que son espacios de captación pasiva de usuari@s a los que acuden de forma espontánea o encaminada por otros servicios de salud o sociales, tales como: los Centros Sociosanitarios de Baja Exigencia (CEA) y los Centros de la



Atención a las Drogodependencias (CAS).

Los dispositivos móviles son servicios de captación activa de usuari@s, dirigidos a aquellas poblaciones más difíciles de alcanzar, que además suelen ser l@s consumidor@s de mayor riesgo (los programas de acercamiento asociados al trabajo con el programa de intercambio jeringuillas y parafernalia higiénica). Y, finalmente, los dispositivos mixtos que pueden ser instalados en locales fijos o en formato de unidades móviles (las Salas de Consumo Supervisado, el Bus de Dispensación de Metadona).

Los programas cuyo foco son las estrategias de reducción de riesgos se encuadran más entre los dispositivos mixtos, pues pueden ser realizados tanto en espacios fijos o móviles como locales de ocio, escuelas, entre otros. Entre ellos podemos destacar los programas dirigidos al consumo recreativo de drogas en ocio nocturno, los programas de análisis y asesoramiento de sustancias y los programas de orientación y asesoramiento destinados a colectivos específicos tales como adolescentes, mujeres y población LGTBI+.

Para el mapeo de los dispositivos se utilizaron datos del trabajo observacional, de la recopilación de documentos y de las entrevistas en profundidad. A continuación, detallaremos cada uno de estos dispositivos y programas.

## **5.1 Los Dispositivos Fijos**

### *5.1.1 Los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAS)*



Disponible en:

<https://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20161207/412460160813/narcosala-baluard-inicio-de-obra-perecamps-traslado-2017.html>

Son servicios referenciados que atienden a las personas consumidoras que viven en la zona próxima al CAS. Realizan acciones de prevención y promoción de salud mediante programas de atención sanitaria básica, salud mental y fortalecimiento de vínculo con la red de salud con objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas consumidoras (Delàs et al, 2014).

En estos espacios se propone un cuidado que va más allá del tratamiento relacionado al consumo de drogas, pues se considera que l@s usuari@s son personas en su totalidad y complejidad.

Se les ofrece un seguimiento en grupo y/o individual, se los acompaña en el



ámbito sanitario, de salud mental, en programas de detección, tratamiento supervisado y prevención de infecciones de transmisión sanguínea y sexual con cribados de salud, pruebas diagnósticas, vacunación y se les ofrece tratamiento supervisado de metadona.

Buscando ofrecer una atención especializada a segmentos más vulnerables, como las mujeres, se ofrece también un acompañamiento social y ginecológico donde se abordan aspectos como la maternidad y la violencia, también se busca hacer intervenciones dirigidas por profesionales que hablen distintas lenguas para ofrecer una atención más calificada a población migrante y actividades específicas para casales y familias.

En la llegada de l@s usuari@s se hace una acogida para intentar facilitar la inserción, presentar el centro, evaluar cual es la demanda concreta. Algunas veces pasa un encaminamiento equivocado o la llegada de alguien que no quiere tratarse en aquel momento.

Estos servicios tienen reuniones de equipo semanales donde se organiza el proceso de trabajo, se revisan y planifican nuevas estrategias de intervención y acompañamiento de los usuarios y usuarias. Una vez por mes suelen tener un supervisor externo y se organiza un espacio de autocuidado destinado a los profesionales. Cada tres meses se planifica un espacio de formación que puede ser ofrecido por experto o por una persona del propio equipo.

Cuando funcionan juntamente con centros de baja exigencia suelen tener un coordinador general y un coordinador de área, los dos equipos hacen reuniones conjuntas a cada dos meses para que se pueda planificar mejor el trabajo compartido.



En el año 2005, la política de prisiones también planteó un proyecto biopsicosocial en drogas y se propuso la instalación de los CAS dentro de prisiones. En este servicio se llevan a cabo programas de mantenimiento con metadona, de intercambio de jeringuillas, formación de agentes de salud, taller de sobredosis, entre otros. Se parte de la idea de que hay consumo de drogas en prisiones y se reconoce que el consumo de drogas tiene una mala prensa para la evolución penitenciaria, pero por los derechos humanos, por salud pública se han justificado e introducido estos programas.

Aunque de manera general en las prisiones se foca mucho en la cultura libre de drogas, el CAS funciona como una especie de punto de apoyo constituido por un equipo multidisciplinar muy comprometido con la reducción de daños. *Es un oasis para un yonki tener un equipo así en prisiones* (EP16, 8).

Desde ahí las personas consumidoras en situación de encarcelamiento pueden tener un punto de referencia confiable donde pueden buscar un asesoramiento, una ayuda para su problema con drogas, empezar o dar seguimiento a un programa de mantenimiento con metadona.

Cuando salen de la prisión también se hace un trabajo educativo por el alto riesgo de sobredosis y de vinculación de la persona con un servicio territorial para que puedan dar seguimiento al tratamiento.

### *5.1.2 Los Centros Sociosanitarios de Baja Exigencia (CEA)*





Disponible en: <http://drogasinfiltro.blogspot.com/2018/02/>

Son servicios de atención socio-sanitaria de bajo umbral de exigencia que ofrecen una respuesta inmediata para las personas consumidoras en situación de exclusión social por medio de múltiples estrategias de reducción de daños y riesgos (Nieva, 1995).

Se pueden encontrar estos centros instalados conjuntamente con los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAS) o en separado, dispuestos en general en contextos de mayor proximidad de los colectivos drogodependientes. El horario de funcionamiento puede ser diurno, nocturno o mixto y debería ser planteado de acuerdo con las necesidades y características de los usuari@s de cada territorio de intervención, pero en su mayoría funcionan en los periodos diurnos y durante la semana.



Los CEAs también son llamados de Centro de Reducción de Daños o Centro de Escucha y Acogida y son constituidos por equipos interdisciplinarios que producen intervenciones basadas en objetivos y expectativas acordadas con l@s usuari@s.

Los profesionales que suelen hacer parte de estos equipos son enfermer@s, monitor@s, educador@s sociales, trabajador@s sociales, abogad@, médico general, voluntari@s y se totalizan entre 12 a 15 personas.

El referencial teórico del trabajo se orienta por las bases de la reducción de daños y riesgos y por ciencias como la psicología, medicina, pedagogía social, antropología cultural y trabajo social con objetivo de construir itinerarios individualizados de inclusión social.

En las prácticas realizadas por los CEAs no se privilegia el consumo de drogas propiamente dicho, más si las conductas de riesgo asociadas al estilo de vida de l@s usuari@s, es decir no se enfatiza tanto “el qué” las personas consumen, más si “el cómo” consumen. L@s usuari@s son considerados como los principales agentes de cambio de su realidad.

De manera general, los CEAS buscan reducir los daños y riesgos generados por un consumo adictivo de drogas, aumentar la calidad de vida de las personas consumidoras y construir vínculos entre l@s usuari@s, la comunidad y la red asistencial. Para esto son ofrecidas intervenciones específicas para aquellas personas que no desean o no pueden abandonar el consumo de droga en espacios actualmente conocidos como “Los Clubes o Espacios de Calor y Café”.

Entre las principales actividades desarrolladas por los CEAs están:

Orientación y acogida inmediata y confidencial;



Atención sanitaria y psicosocial básicas (asistencia médica, psicológica, social y jurídica);

Acceso a mantenimiento con metadona de baja exigencia;

Espacio para actividad educativa (talleres de prevención de sobredosis y educación sanitaria) y descanso;

Soporte alimenticio y acceso a servicios de lavandería y higiene personal;

Espacios supervisados de consumo higiénico (principalmente para sustancias inhaladas y inyectadas);

Programas de Distribución de Parafernalia Higiénica;

Acercamiento a la población consumidora y oferta de los servicios para facilitar el acceso a los centros;

Acercamiento y orientación a la población general, especialmente l@s vecin@s para producir cambios de opinión y participación comunitaria.

Las actividades tienen un carácter siempre participativo, se incentiva a l@s usuari@s a responsabilizarse por el funcionamiento y organización del servicio, además de involucrarse en algunas de las estrategias de intervención basadas en procesos de educación entre pares.

En algunos centros son ofrecidas actividades en que los usuari@s reciben algún dinero por su participación. En otros hay normas básicas de convivencia tales como: no violencia, no tráfico, no consumo de sustancias fuera de las salas.

Los CEAS no son sectorizados con lo cual pueden recibir usuarios y usuarias de todas los barrios de la ciudad, incluso, un mismo usuario puede estar por la mañana en un CEA, por la tarde en otro y por la noche en otro. La comunicación



entre los CEAs se hace por medio del sistema informático Redan ´ t. Además, se puede llamar a los servicios por teléfono o por mail.

La gran adhesión de las personas consumidoras hasta el momento desvinculadas de la red asistencial normalizada es el mayor logro de estos dispositivos. Por esta razón se considera que los CEAS detienen un gran potencial de accesibilidad ejerciendo una función complementaria para muchos otros programas asistenciales y de reducción de daños y riesgos (Grup Igia, 2001).

En general, las personas que se acercan a estos espacios inicialmente buscan cosas básicas, tales como: alimentación, higiene (ducha y lavadora), material para el consumo (PIX), apoyo para tema habitacional, de tratamiento, de empadronamiento. Luego, cuando haces vínculo y se les acompaña por más tiempo te presentan historias de vida muy potentes y demandas ocultas como dolores emocionales muy grandes.

## **5.2 Los Dispositivos Mixtos**

### *5.2.1 Las Salas de Consumo Seguro (SCS)*



Disponible en: [https://elpais.com/ccaa/2018/06/26/catalunya/1530007542\\_304105.html](https://elpais.com/ccaa/2018/06/26/catalunya/1530007542_304105.html)

Los dispositivos de consumo supervisado son espacios en que se permite el uso de sustancias psicoactivas (SPAs) por vía parenteral o fumada, bajo condiciones de higiene y supervisión de profesionales sanitarios capacitados para intervenir en situaciones de sobredosis.

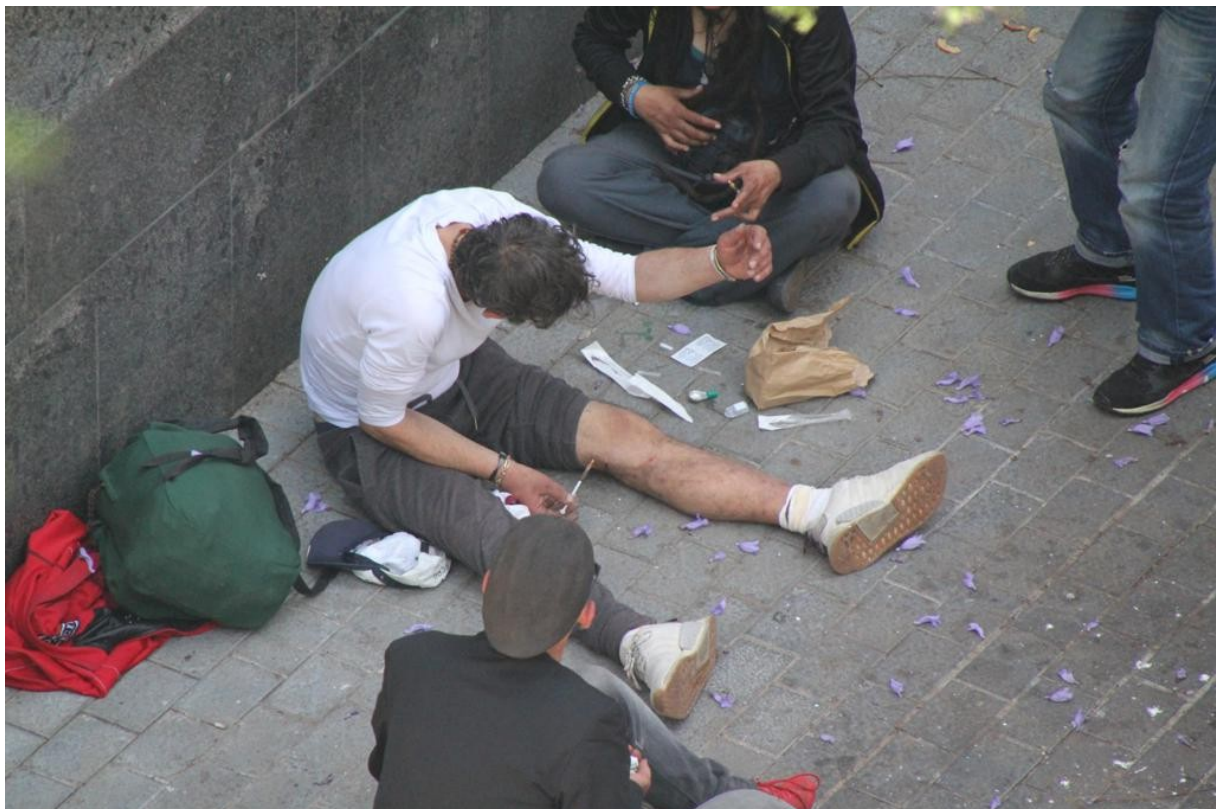
Las primeras iniciativas de supervisar el consumo de drogas inyectables ocurrieron en Berna (Suiza) en 1986. En España, las salas de consumo emergen en los inicios de la década de 2000 en Madrid, Bilbao y Barcelona, después de intervenciones desarrolladas en locales de consumo masivo de drogas en bajas condiciones sanitarias de higiene y de seguridad.

Las primeras salas fueron improvisadas en los espacios y con los recursos disponibles y se destinaban al consumo de heroína. En Barcelona, la primera sala que se tiene conocimiento fue organizada en una tienda de campaña en el barrio de



Can Tunis. En aquel momento, no se pensó mucho en la funcionalidad de este dispositivo, fue la voluntad de crear espacios menos insalubres de consumo lo que impulsó a los trabajadores a instalar estos dispositivos sanitarios (Delás et al, 2014).

Es sabido que el contexto del consumo tiene un papel fundamental en la experiencia del uso de sustancias, neste sentido estos locales ofrecen sobre todo un contexto seguro para la realización del uso que posibilita reducir el consumo de drogas en espacios públicos y los comportamientos de riesgo, morbilidad y mortalidad asociados al uso de (SPAs), tales como: las sobredosis letales, abscesos y infecciones, el consumo compartido y la reutilización de parafernalia.



Disponible en: <https://www.eltriangle.eu/es/2020/07/03/noticia-es-106584/>

El soporte de los profesionales durante el consumo, también contribuye no



solo por ofrecer soporte en situaciones de crisis y sobredosis, sino también en la medida que en estos encuentros se comparte conocimiento basado en evidencias científicas sobre de prácticas de consumo seguro de drogas.



Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/barcelona/20180610/el-centro-para-drogodependientes-de-ciutat-vella-abrira-las-24-horas-este-verano-6869132>

Las SCS también son llamadas de salas de consumo supervisado o de consumo higiénico y tienen demostrado una gran capacidad de atraer y vincular personas que están en un alto nivel de marginalización<sup>2</sup>. Estudios recientes defienden que las salas de inhalación reducen las situaciones de violencia y conflictividad entre las personas consumidoras de crack con las fuerzas del orden y la población en general (EMCDDA, 2018; Cluà García, 2016; Potier, Laprévotte,

---

<sup>2</sup> Video que muestra el funcionamiento de una sala de consumo de Barcelona. Accesible en: [https://www.emcdda.europa.eu/media-library/video-drug-consumption-rooms\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/media-library/video-drug-consumption-rooms_en)



Dubois-Arber, Cottencin, Rolland, 2014).

La condición de acceso a las salas es hacer un registro previo donde la persona informa algunos datos personales mínimos de manera verbal, no se piden documentos ni otros papeles que prueben que lo que dice es verdad. Después se les pregunta qué y cuánto han consumido antes de llegar al local. Estas informaciones son registradas por los profesionales y alimentan los bancos de datos de los servicios de reducción de daños y riesgos.

En seguida les es ofrecido un kit de parafernalia higiénica para el consumo y algunos más para sus posteriores usos fuera de la sala. Todo se realiza de manera muy dinámica ya que se tiene claro que la persona consumidora se encuentra a espera para realizar su consumo.

Durante el uso de sustancias psicoactivas inyectables en las salas, las personas tienen un espacio individualizado parecido a una cabina telefónica antigua y pueden quedarse ahí el tiempo necesario para realizar su consumo. Algunas veces, cuando la demanda por la sala es mayor que los espacios ofrecidos, se advierte a la persona que en aquel momento tendrá un tiempo mínimo para quedarse en el local.





Disponible en: <http://drogasinfiltro.blogspot.com/2018/02/conociendo-la-sala-baluard-analisis-de.html>

En general, la sala de fumados y la de inhalados suele ser un espacio donde el consumo se hace de manera más colectiva, el espacio es organizado con mesas, sillas y sillones. Esta distribución de los espacios, según la sustancia elegida, no es por casualidad. Tiene mucho que ver con los efectos que cada sustancia genera en las personas usuarias, lo que también habla mucho de las características personales de cada consumidor@.

Durante su funcionamiento, l@s profesionales quedan disponibles a l@s usuari@s para hacer un trabajo educativo, asesoramiento sobre las mejores condiciones para el consumo y soporte en caso de sobredosis. En Barcelona es imprescindible la presencia de un profesional de enfermería en el equipo para mantener una sala abierta.

En caso de sobredosis es prestado una atención inmediata. En todos los



locales visitados a lo largo del trabajo de observación participante fue preguntado al equipo sobre situaciones de sobredosis letales y muertes en las salas y todos contestaron que no hay registros de muertes y algunos sí que se recuerdan de algunos pocos casos de sobredosis en que fue necesario realizar una atención de urgencias.

Un aspecto interesante explicado por un profesional entrevistado es que el comportamiento de las personas en situación de abstinencia de metadona es más difícil de gestionar en el trabajo de las salas que los cuadros de abstinencia de heroína. *Las personas consumidoras de heroína se quejan mucho de dolor ya las que consumen metadona se ponen muy agresivas. Se sabe desde la experiencia de otros países que los programas de deshabituación de heroína con heroína son los programas que mejor funcionan* (EP13, 6).

Después del consumo, es común que l@s usuari@s se queden en el espacio hablando con los profesionales, este es un momento de oportunidad en que se puede realizar una escucha informal, educativa y motivadora sobre su contexto de consumo, su tratamiento, además de ofrecer otros servicios de atención que atiendan las necesidades de las personas y hacer su derivación para ellos.

De acuerdo con Hendrich, Kerr y Dubois-Arber (2010), estos espacios han sido instalados por las redes de salud pública de ciudades, sobre todo en Europa, que enfrentan graves problemas asociados al consumo problemático y/o nocivo de drogas inyectables. En 2018, los informes de EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) han encontrado un total de ochenta y tres salas de consumo asistido de drogas oficiales instaladas solamente en Canadá, Suiza, Alemania, Holanda, Dinamarca, Noruega, Francia, España y Australia .



En la mayoría de los países en que las salas fueron instaladas fue necesario crear leyes específicas para despenalizar el uso en estos espacios y regular su funcionamiento. En estos países, el hecho de se instalar este dispositivo no ha sido relacionado directamente ni con el aumento del tráfico de drogas, ni con el consumo de SPAs, sin embargo, se ha notado un aumento de administración de tratamientos de sustitución y desintoxicación entre las personas frecuentadores de las salas.

Sólo en Cataluña se encuentran doce salas en funcionamiento en seis ciudades diferentes, esta es una de las mayores concentraciones de salas de consumo de drogas asistido instalada en todo mundo (EMCDDA, 2018; Brugal, Guitart, Espelt, 2013) Debido al gran número de salas existentes y al largo tiempo de existencia de algunos de estos dispositivos es posible reconocer que las salas de consumo supervisado son heterogéneas y poseen características particulares que están directamente ligadas al su contexto de creación.

Existen por lo menos tres modelos de salas de consumo: las integradas a los centros sociosanitarios, las especializadas que solo ofrecen servicios relacionados directamente al consumo y las móviles que trabajan en un entorno geográfico flexible. En este estudio fueron encontradas salas instaladas cerca de lugares de venta y consumo de drogas ilegales, salas implementadas dentro de servicios de atención a las drogodependencias (CAS) situadas en zonas residenciales de las ciudades, salas instaladas dentro de hospitales clínicos y salas móviles que se alojan en espacios urbanos dónde se evalúan su necesidad.

Además de estas diferencias aún es posible reconocer la existencia de salas oficiales que son reconocidas y financiadas por los órganos públicos y salas semi-oficiales que aún no fueran habilitadas oficialmente. Otra distinción entre las



diferentes experiencias tiene que ver con las sustancias y sus maneras de consumo, pues identificamos salas de consumo por vía inyectada donde se puede consumir sólo heroína y cocaína y otras dónde se puede consumir también la metadona inyectada.

También hay salas de consumo inhalado, fumado y de consumo oral, pero estas últimas aún son espacios prácticamente experimentales que ocurren en pocos servicios, siendo preponderante las salas de consumo inyectado de drogas.

Más recientemente aún es el espacio destinado al consumo asistido ofrecido apenas para mujeres, un proyecto que nació a cerca de tres años del empeño de un pequeño grupo de mujeres que implementará el primero servicio de reducción de daños destinado para las mujeres consumidoras. Esta iniciativa abre campo para expandir las discusiones sobre la reducción de daños desde una perspectiva de género articulando puntos aún silenciados en este campo de intervención.

Las Salas de Consumo Supervisado (SCS) del área metropolitana de Barcelona suelen ser una puerta de entrada para los servicios públicos sociales y de salud para las personas consumidoras de drogas que viven procesos de exclusión social. Estas personas, en general, tienen muchas resistencias en buscar ayuda y muchas dificultades de gestionar a sí mismos y sus relaciones, cuando necesitan lidiar con situaciones que pueden demandar mucho tiempo y/o generar frustraciones.

Además, se constató que la gran mayoría tiene experiencia de encarcelamiento por no poderse organizar para pagar las multas sufridas por cometer delitos leves y/ o consumir drogas en locales públicos. Así que en esos ambientes se ofrecen espacios donde las personas pueden hacer uso de



determinadas drogas sin muchas exigencias. Ellos también tienen acceso a materiales de higiene que permiten que el uso de drogas no lleve a otros problemas de salud como el contagio de enfermedades infectocontagiosas.

En este sentido, las Salas de Consumo Supervisado presentan un impacto comunitario importante, pues además de reducir el uso de drogas en locales públicos interviene, de cierta manera, en los procesos de estigmatización, violencia y criminalización asociados al consumo. Según una de las entrevistadas

*Las salas ofrecen un espacio limpio, digno, higiénico y no están consumiendo en la calle corriendo el riesgo de una persona darles un golpe por el estigma que sufren. Es necesario (EP9, 46).*

Otro beneficio de las salas es reducir los residuos derivados del consumo de drogas ensanchados en las calles y vías públicas, principalmente las jeringuillas que tienen un alto riesgo de contaminación. También las posibilidades de cambio en los modos de consumo menos dañinos de inyectados como son inhalados y fumados.

Según levantamientos realizados sobre el perfil de las personas que acceden a las salas de consumo supervisado, fue verificado que la mayoría son hombres (cerca de 80%), de origen español (un poco más de 60%), con una media de edad encima de los 35 años. Cerca de la mitad de estas personas enfrentan otros problemas como tener un reducido arraigo familiar, no tienen trabajo, han estado en la prisión y sus ingresos provienen de medios ilegales y/o informales (Folch et al, 2012; Bravo et al, 2009; Torrents et al, 2006).

Los datos también demostraron que más de la mitad de estas personas



consumidoras de drogas ya tuvieron sobredosis y tienen un histórico de consumo de heroína y/o cocaína combinada con uso de metadona de más de 10 años. Otro dato relevante encontrado es que esas personas que frecuentan las SCS realizan pocos accesos regulares a otros tipos de tratamiento de salud.

En más de la mitad de los casos levantados, las personas hacen acompañamientos irregulares en nivel ambulatoria para drogodependencia y aún sufren de otros problemas de salud mental y física (70% tuvo hepatitis y 30% es portador del virus VIH) que, posiblemente, no consiguen realizar tratamiento regular. En ese sentido, las SCS constituyen un dispositivo de cuidado que muchas veces actúan en procesos de enfermedad que van más allá de las dificultades derivadas del consumo de drogas (ASPB, 2006; Brugal et al, 2009 y 2013).

Actualmente, se tiene noticia de que hubo una dispersión de ciertos grupos de personas consumidoras hacia distintas zonas de la ciudad, donde el comercio de drogas y las actuaciones policiales han sido, muchas veces, más endurecidas y violentas. Este proceso generó otros obstáculos y nuevos desafíos para la producción de tratamientos en estos casos (Vecino et al, 2013).

Según Clua García:

existen una serie de aspectos, como su ubicación, horarios, normas, metodología de intervención ... que pueden dar lugar a que muchos usuarios decidan no consumir en esos espacios y hacerlo, en cambio, en otros lugares como viviendas, lugares insalubres o en la vía pública, bajo el precepto de conseguir una mayor satisfacción en el consumo de drogas [...]. Además, los usuarios tienen una serie de necesidades, algunas nuevas y otras



eternamente ignoradas, que precisan del diseño de estrategias para su abordaje (Clua García, 2016, p. 17).

En los casos de las salas de consumo supervisado instaladas en servicios de salud mental también se ofrece un espacio conocido como calor y café, donde hay alimentación, una sala de convivencia en que pueden hacer un pequeño descanso, asistir tele, mirar el periódico, escuchar música y un soporte sociosanitario de médic@, enfermer@, abogad@ y educadores sociales que es realizado por profesionales sensibilizados con el tema de las drogodependencias.

Los profesionales que actúan en estos servicios son muy acogedores y nunca les reprenden por sus pautas de consumo cuando los atienden. Ellos acostumbran hacer sus intervenciones promocionando conocimientos a las personas consumidoras sobre los riesgos del consumo, ofreciendo cuidados a partir de lo que las personas les demandan y orientaciones de prevención para situaciones de sobredosis, además orientan y acompañan ellas en otras necesidades como documentación personal, solicitudes de prestaciones sociales, albergues, entre otros servicios sociales y de salud.

En los casos de sobredosis o crisis recurrentes del consumo abusivo, que ellos afirman que son bastante raras, estos profesionales actúan junto a las personas realizando intervenciones medicamentosas, supervisión de las señales vitales, manejo psicológico y, si necesario, encaminamiento a los servicios de urgencia.

Algunas de las necesidades identificadas en el curso de esta investigación dicen respecto a ampliación del número de salas en zonas de mucho consumo ya



identificadas por los servicios, también la instalación de salas próximas o en los albergues. Otra demanda tanto de l@s usuari@s como de l@s profesionales es expandir el horario de funcionamiento de las salas especialmente por la noche y a los finales de semana y la creación de salas de consumo cualificadas para atender demandas de grupos específicos, tales como las mujeres, las personas LGTB Q+ y migrantes.

### 5.2.2 Los Programas de Sustitución



Disponible en: <https://www.cofb.org/es/web/guest/que-ofrecemos/ciudadanos/servicios-profesionales/programa-mantenimiento-con-metadona>

Son programas cuyo objetivo es ofrecer alternativas de sustitución de la sustancia consumida que llevó a un cuadro problemático y disfuncional por fármacos legales con objetivo de reducir el consumo de la sustancia y otros daños asociados a él como las intoxicaciones, sobredosis, infecciones y otros problemas de salud y/o psicosociales.





En la actualidad, se han realizado experiencias con diferentes tipos de sustancias, sin embargo, los programas de sustitución con opiáceos (PSO) siguen siendo los más fiables científicamente. El programa de sustitución de opiáceos más reconocido es el programa de la metadona, aunque existan otros con buprenorfina/naloxona (no se indica su mezcla con otras medicaciones) y heroína (recomendada para personas con dificultades de interrumpir el consumo por la vía parenteral) y LAAM (leva-alfa-acetilmétadol).

La metadona es un opioide sintético capaz de minimizar los síntomas de abstinencia de la heroína por cerca de 24 a 36h. Su consumo es eficaz por la vía oral y es posible planificar la reducción de las dosis de manera gradual. La adhesión al programa exige un acompañamiento médico en que se define el tipo de tratamiento (mantenimiento o desintoxicación), la dosis inicial (de acuerdo con los objetivos del tratamiento) que debe ser ajustada periódicamente. Al principio se propone que la administración del medicamento sea realizada bajo supervisión de enfermería, después se orienta la retirada semanal o quincenal en centros o farmacias (Colom y Duró, 2009).

Se recomienda aún a las personas que complementen este tratamiento con soporte psicoterapéutico y socioeducativo en los centros de atención a las drogodependencias o centros sociosanitarios de baja exigencia.

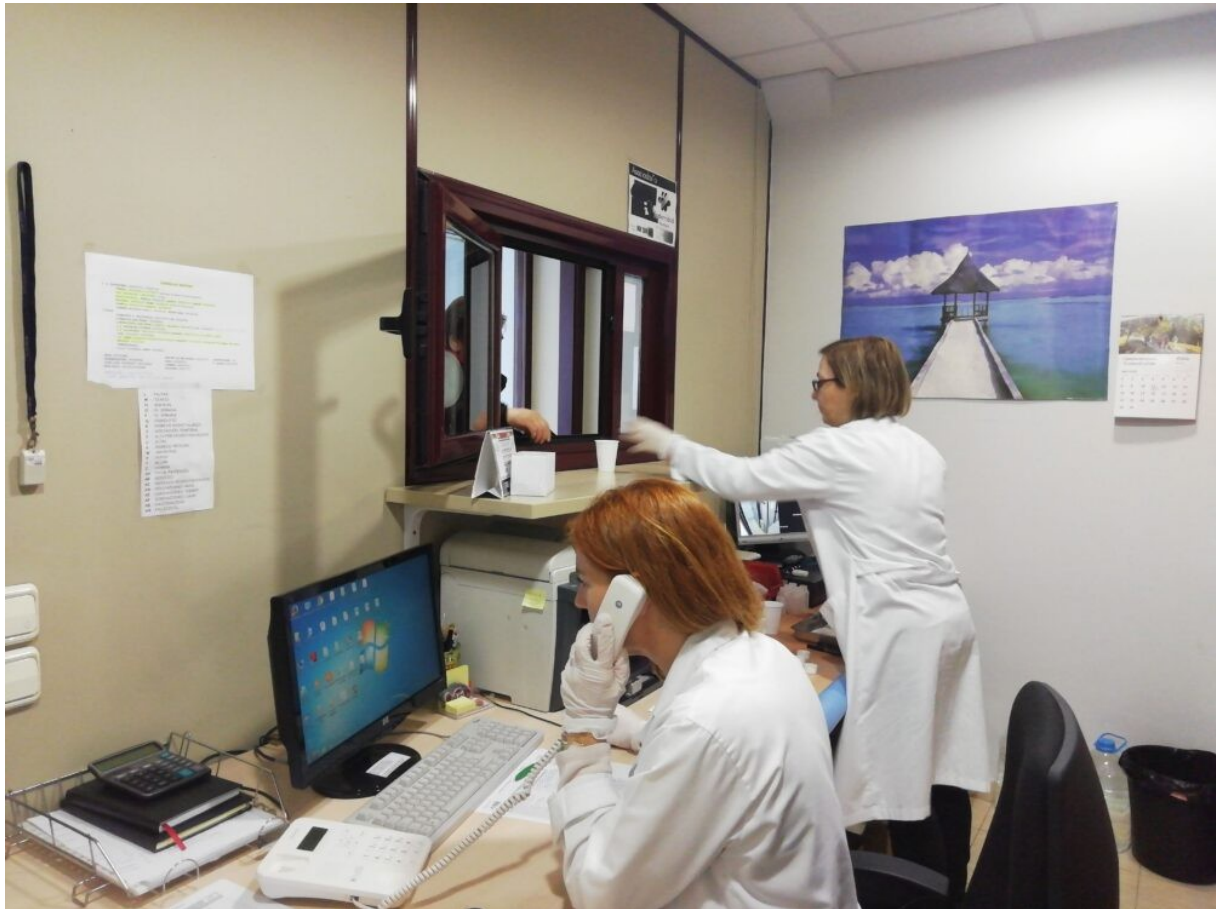
Según Dennis et al (2014), es posible verificar una reducción de la frecuencia del consumo de heroína por vía parenteral y del riesgo de sobredosis letales en las personas que adhieren al tratamiento prolongado con metadona.

España se destaca por el gran nivel de cobertura de los tratamientos de sustitución con metadona incluyendo las personas que están en las prisiones, una



experiencia casi única en Europa. El programa de sustitución con metadona fue instalado en Barcelona en los años 90. Actualmente, es un dispositivo de reducción de daños muy consensuado entre la red de drogodependencias, que incluso es ofrecido como tratamiento a las personas que quieren interrumpir totalmente su consumo de drogas.

En el área metropolitana de Barcelona se puede encontrar este programa instalados en espacios específicos de dispensación de metadona, pero en la mayoría de los casos el programa está conectado con las prácticas realizadas en los Centros de Atención a las Drogodependencias. Hubo también una unidad móvil conocida como “Bus de la Metadona” que recorría ciertos barrios de la ciudad en horarios programados realizando la dispensación del medicamento.



Disponible en: <https://www.aradrioja.org/programa-de-dispensacion-de-metadona/>

Los centros de dispensación son espacios muy organizados y de alguna manera se asemejan con una farmacia. El equipo está compuesto por un farmacéutico, uno o dos auxiliares y, en algunos contextos, por una enfermera. La retirada de la metadona se hace de una manera muy facilitada, pues cada persona tiene un registro en el ordenador donde se puede acceder a informaciones sobre el tratamiento, la dosis y su plan de retirada. Así que cuando la persona llega al centro en general su medicación ya está lista para que la retire.

Un destaque relacionado a este programa dice respecto a las personas que tienen que hacer pruebas que están abstinentes. Esta exigencia en general viene

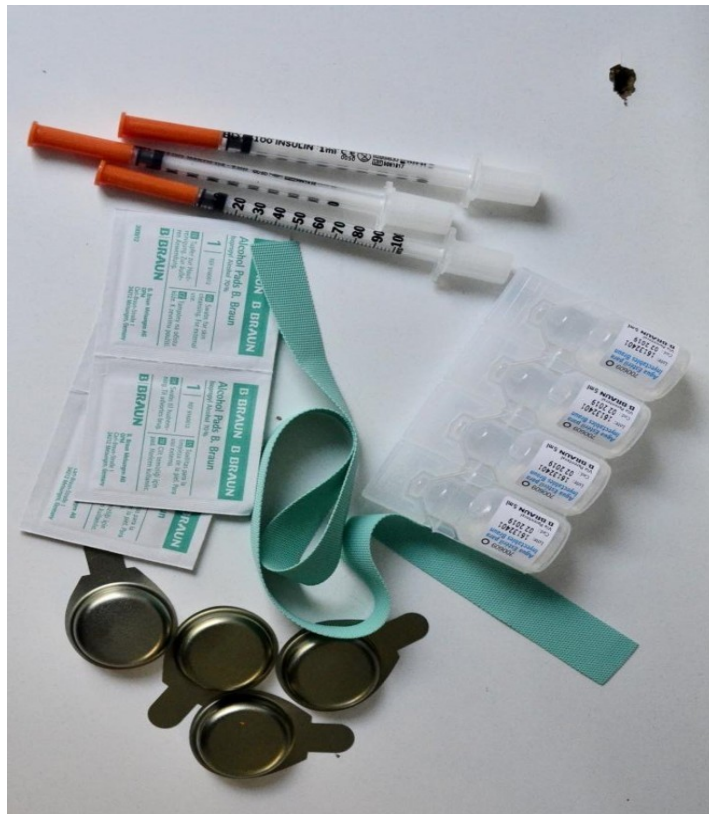


por el cumplimiento de medidas judiciales. Así que les es pedido antes de la retirada de la metadona que hagan pruebas de que siguen sin hacer uso de sustancias. Estas pruebas se hacen por medio de un examen y las personas tienen que hacer la coleta de la orina bajo supervisión de un profesional del centro de distribución.

La situación es en cierta medida embarazosa, pero en la mayoría de los casos que se acompañó l@s usuarios parecían acostumbrados, algunos llegaban a hacer bromas con las profesionales. Un usuario que compartió su experiencia como consumidor de cocaína y heroína, dice que hacer las pruebas le dió más fuerza para enfrentar su período de abstinencia. Las pruebas le sirvieron como una especie de incentivo a seguir con su proyecto de quedarse sin consumir.

Sin embargo, es posible que ni todas las personas vivencien esta experiencia de la misma manera, sobre todo aquell@s que no lo hacen por voluntad propia, sino por una obligación judicial. Así que una situación como esta hace pensar que una estrategia de reducción de daños y riesgo desarrollada para promover cuidado con respeto a los derechos de personas decidirán sobre sus pautas de consumo, puede fácilmente ser convertida en un instrumento de control de los cuerpos.

### *5.2.3 Los Programas de Distribución de Parafernalia (PDPH)*



Disponible en: <https://www.elmundo.es/baleares/2016/08/29/57c406f922601d254f8b4578.html>

Los programas de distribución de parafernalia (PDPH) están entre las primeras estrategias de reducción de daños y riesgos desarrolladas en los años 80, pero fueron mayormente implementadas en los años 90. De acuerdo con el levantamiento de Harm Reduction International de 2016, 106 países del mundo tienen programas de distribución de parafernalia en funcionamiento, aunque, en muchos casos, no en cantidad suficiente para atender la demanda existente en todo su territorio.

Inicialmente estos programas fueron dirigidos a las personas que hacían uso de drogas por la vía parenteral y se constituyeron en iniciativas organizadas por los propios usuarios y usuarias de sustancias psicoactivas. El objetivo era intervenir en las prácticas de consumo no seguras que eran realizadas, muchas veces, por falta



de acceso a informaciones sobre cómo realizar un consumo seguro y acceso a materiales higiénicos, además de todos los prejuicios existentes en torno al consumo de drogas en su momento.

El hecho de que estos programas tuvieron un excelente impacto en la minimización de la transmisión de enfermedades como el VIH y la Hepatitis C entre las personas consumidoras llevó a los gobiernos a los adoptaron como estrategia de salud pública tanto en el ámbito individual como comunitario. A lo largo del tiempo la capacidad de intervención se ha ampliado mucho y fueron desarrolladas distintas estrategias dirigidas también a personas consumidoras de la vía fumada e inhalada, así como nuevos y mejores materiales higiénicos e informativos sobre consumo seguro.

Existen muchos modelos de PDPH, los que se hacen desde una unidad fija, desde servicios móviles, prisiones, farmacias, máquinas dispensadoras, por medio de visitas a domicilios, zonas de consumo activo y de ocio nocturno. También destacar que muchos programas ofrecen acciones combinadas de estos modelos y son desarrollados tanto por profesionales sociosanitarios como por pares capacitados en reducción de daños y riesgos. Los puntos y horarios de intervención suelen ser publicitados y la parafernalia es distribuida gratuitamente.

En el sur de Europa (Portugal, España, Francia e Italia), estos programas empezaron a ser creados en 1993 y en 1998 había más de dos mil puntos de intercambio de material de inyección en esta región. En Portugal y Francia fueron instaladas predominantemente en farmacias, en Italia se optó por las máquinas y en España se organizó estos programas asociados a servicios específicos de drogodependencia.



Los principales objetivos de estos programas son ofrecer material nuevo para el consumo higiénico, minimizar las conductas de riesgos asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (consumo no seguro y no higiénico), prevenir el contagio de enfermedades transmisibles, recoger y reducir el material contaminado en espacios públicos, monitorear los contextos de consumo y facilitar el acceso de las personas consumidoras a los servicios de reducción de daños y otros servicios de sociosanitarios.

Según Cluà García, Tenza Herades y Minguenza Ortega (2015), las principales acciones de los PDPH son:

la distribución de parafernalia y otros materiales necesarios para el consumo higiénico (jeringuillas, cazoleta, toallita de alcohol, agua estéril, smart, hoja de aluminio, pipas, boquillas);

la educació

n sanitaria orientada a reducir las prácticas y comportamientos de riesgo (compartir materiales de consumo, pautas y patrones de consumo, prevención de sobredosis, sexo seguro);

la detección de necesidades de la población consumidora, orientación y derivación a servicios específicos de la red de atención a las drogodependencias y sociosanitaria; el intercambio o recorrida de parafernalia con el objetivo de reducir el número de material contaminado eliminado y abandonado en la vía pública.

Aunque ya se ha comprobado que los PDPH son una estrategia con coste muy bajo y muy buenos resultados tanto en relación a los patrones de prevención de



la salud (por la reducción de la transmisión del VIH) cuanto de la promoción de cuidado a las personas consumidoras de sustancias (reducción de riesgos y daños en el consumo), en la mayoría dos casos los programas no suministran toda la parafernalia higiénica disponible.

A lo largo de la investigación de campo acompañamos una atención realizada por un profesional del Centro Sociosanitario de Baja Acogida a un chico muy joven y guapo que le pide para hablar en separado. En la sala, el chico cuenta que salió de la zona de prostitución donde estaba viviendo y que ahora estaba en un piso ocupado en que la mayoría de los otros que allí vivían hacían uso de cocaína inyectable, pero no iba al centro para buscar materiales higiénicos.

Él se preocupaba de que en algún momento terminase por compartir su material con alguien. Como es HIV positivo, le salía mal que pudiera contaminar a alguien y por este motivo pide ayuda sobre cómo podría solucionar esta dificultad. El profesional muy amablemente le ofrece una bolsa con muchos kits de parafernalia higiénica para que él pueda llevar para todos los otros que vivían en el piso con él. El chico parece muy sorprendido y satisfecho con la respuesta del profesional a su necesidad. Después de encerrada la intervención, el profesional me explica que antes en el centro sólo se ofrecía una cantidad determinada de parafernalia para cada persona y la distribución tendría que ser hecha de manera individual. Además, se exigía del usuario y usuaria que presentase el material utilizado como forma de intercambio.

Sin embargo, a lo largo del tiempo el equipo cambió de perspectiva y hoy cree que no hace sentido exigir de las personas consumidoras el intercambio de materiales, pues piensa que el uso de material higiénico es lo más importante. Lo





que ellos propusieron entonces fue realizar un taller de recogida de materiales donde los usuarios y usuarias acompañan a los profesionales en las zonas de consumo para recorrer los materiales desechados en las calles.

Se acompañó un taller de recorrida donde se puede notar que de manera muy práctica se realiza un trabajo educativo con las personas consumidoras, al recorrer las jeringuillas ell@s mismos van se dando cuenta de las molestias que el material desechado genera en la ciudad y en los ciudadan@s.

El taller también genera otros beneficios indirectos como la construcción y fortalecimiento de vínculos entre profesionales y usuari@s y reciprocidad entre los usuarios y usuarias. En el día que acompañamos el taller, uno de los participantes pudo hablar de su vida de manera muy íntima con una de las profesionales y esto generó toda una intervención siguiente en que se organizó una atención médica y con la abogada para este usuario. Otros dos usuarios estuvieron hablando mucho de sus vidas entre ellos y luego plantearon un encuentro para que uno pudiera ayudar el otro en sus necesidades personales.

Actualmente, en este centro sociosanitario la distribución de la parafernalia higiénica es más flexible y se lleva a cabo basada en los patrones de consumo y estilos de vida de cada persona consumidora. El PIX, como llaman al programa de distribución en este centro, es una estrategia de reducción de daños y riesgos de muy baja exigencia y muy demandada por los usuarios y usuarias. Para sacar los kits no hace falta estar inscrito formalmente en el centro, es solo llegar y solicitar el material que se necesita.

Basado en todas las evidencias expuestas, es posible afirmar que los Programas de Distribución de Parafernalia Higiénica son un dispositivo de la salud



pública que debe existir en todos los proyectos de atención a las drogodependencias, pues el acceso universal a materiales higiénicos para el consumo de sustancias es un derecho social que debe ser garantizado.

#### 5.2.4 Los Servicios de Asesoramiento y Análisis de Sustancias



Disponible en: <https://www.facebook.com/energycontrol/photos/5726284767386594>

Los servicios de asesoramiento y análisis de sustancias buscan reducir los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas. A partir del contacto con las personas consumidoras se recogen muestras y se las analizan por medio de técnicas analíticas.

Distintas técnicas analíticas son utilizadas entre las cuales se destacan la espectrometría de masas incluyendo algún método de separación (GC-MS, LC-MS,



HPLC-MS, UHPLC-MS, IT-MS) y otro método es la espectroscopía como FTIR, UV-Vis, Raman. La cromatografía en capa fina (TLC) también es muy utilizada, así como los test colorimétricos (Barrat et al., 2018).

Los resultados de las muestras son entregados a la persona a quién se ofrece también un asesoramiento basado en la reducción de riesgos y en la gestión del placer. La información del resultado es transmitida de manera neutra, atractiva y en base a los conocimientos científicos.

El asesoramiento puede ser realizado presencialmente, por mail o teléfono. Durante el contacto la persona es orientada sobre la composición, características y niveles seguros del consumo para que pueda evaluar su decisión sobre el consumo y disfrutar de la experiencia con los mínimos riesgos posibles caso decida hacerlo. Cuando se detectan adulteraciones que pueden generar algún riesgo a la salud en las muestras se les recomienda no consumir las sustancias y es preparado un comunicado para que otras personas tengan conocimiento de que hay sustancias peligrosas siendo comercializadas.

Los servicios de análisis de sustancias pueden ser realizados en un espacio fijo, donde las personas pueden programar su acogida, pero también es frecuente encontrar este servicio instalado en espacios de ocio, fiestas locales, entre otros contextos de consumo recreativo. Otro modelo existente es el envío de las muestras por correo y también la creación de puntos de recogida de muestras.

Desde 2011, se creó la red TEDI (Trans European Drug Information) con el objetivo de transmitir conocimiento entre los servicios europeos y a partir de la formación de la red se ha desarrollado una base de datos conjunta para compartir resultados y predecir tendencias europeas. Así que se puede decir que los Servicios



de Análisis de Sustancias no sólo tienen capacidad para monitorear las sustancias, también tienen potencial para facilitar la recolección de datos sobre patrones y tendencias en el uso de sustancias psicoactivas, constituyéndose una importante herramienta de monitorización de mercados y de detección de Nuevas Sustancias Psicoactivas (Brunt, Nagy, Bücheli, Martins, Ugarte, Beduwe, Ventura Vilamala, 2017).

Según Barratt, Kowalski, Maier y Ritter (2018), fueron encontrados 31 servicios de asesoramiento y análisis en 20 países distintos y de estos, 18 cuentan con un espacio fijo, 3 hacen el trabajo por correo y 23 desarrollan este programa “in situ”. Solo en territorio europeo, en 2018, fueron analizadas más de 25.000 muestras.

Los Servicios de Análisis de Sustancias como un dispositivo facilitador para acceder a grupos de consumidores de drogas que están en las fases más tempranas de sus experiencias con las drogas realizando un consumo preponderantemente recreativo (Hungerbuhler, Buecheli, & Schaub, 2011).

Durante la estancia en Barcelona se acompañó el servicio de asesoramiento y análisis de sustancias Energy Control. Este trabajo se hizo en forma de voluntariado y se participó de cursos de formación, atención a las personas, acompañamiento del proceso de análisis de sustancias en el laboratorio y organización del espacio.

Energy Control es un proyecto de reducción de riesgos y gestión del placer gestionado por la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). Nació en Barcelona en el año 1997 como proyecto pionero en España y recibió muy buena aceptación tanto de las personas consumidoras como del sector de ocio y del gobierno.



El servicio está instalado en un local donde se puede programar una atención tanto para recibir un asesoramiento sobre alguna sustancia cuanto para analizar la sustancia que se pretende consumir. Además de esto, el equipo realiza este mismo trabajo en diferentes contextos de ocio (fiestas, bares, heavys, entre otros) organizando un stand de atención y también se hace asesoramiento por mail y se recibe sustancias para analizar por correo.

Todo el trabajo se desarrolla bajo un abordaje muy flexible, divertido y cercano de las personas consumidoras. Sin embargo, todo lo que es transmitido es rigurosamente estudiado y tiene bases científicas muy reconocidas, de manera que se intenta alejarse de una perspectiva prejuiciosa del consumo de sustancias. Se cree que es posible cambiar el espacio y el contexto asociado al consumo de drogas, invertir en la formación de las personas sobre un consumo responsable y en la producción de una cultura de respeto hacia a las personas que eligen consumir drogas.

Desde Energy Control se busca el reconocimiento de la idea de que existe un uso recreativo de sustancias psicoactivas, es decir, se entiende que ni todas las formas de consumir drogas son igual de problemáticas. Se cree que no se puede negar que la experimentación de algunas sustancias genera placer en sus consumidores y que es posible hacer un uso de sustancias responsable.

De otra parte, destacar que los riesgos asociados al consumo pueden proceder de la sustancia que se consume, pero también hay casos en que el contexto en el que se hace el consumo en el momento de la persona aumentan o determinan la exposición de las personas a los riesgos.

Además, se defiende que el trabajo de reducción de riesgos debe ser



destinado tanto para las personas consumidoras cuanto para las que no consumen o dejaran de consumir. A las personas consumidoras se propone ofrecer todos los recursos necesarios para que puedan realizar un consumo de menor riesgo. Para aquellos que no consumen se les ofrece información sobre drogas basada en conocimiento científico que posibilite una reflexión y orientación sin tabúes ni paternalismos.

Los principales ejes del trabajo son:

Formar y coordinar un grupo de personas voluntarias que componen el equipo de EC.

Facilitar el acceso de las personas consumidoras de drogas a información y asesoramiento sobre las mismas en los propios espacios de ocio.

Sensibilizar e implicar a las personas profesionales del ocio principalmente nocturno (propietarias, organizadoras, personas empleadas, etc.) en la reducción de los riesgos asociados al uso de drogas.

Recoger información sobre el mercado ilegal de drogas y alertar de forma temprana a las personas consumidoras sobre la presencia de productos adulterados que supongan un riesgo para su salud.

Implementar servicios de atención personalizada sobre drogas fuera de los espacios de ocio, sobre todo, de grupos específicos como mujeres, jóvenes y población LGBTI+.

Atender las demandas de información y asesoramiento de padres y madres, personas adultas de referencia, profesionales, administraciones, escuelas y otras entidades sobre la reducción de riesgos asociados al consumo de drogas.

Aumentar el conocimiento sobre los patrones actuales de consumo de drogas con



objeto de influir en el diseño e implementación de acciones que respondan a las necesidades de las personas consumidoras.

A lo largo de las observaciones participantes fue posible realizar acogidas con diferentes tipos de personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Se hizo atención con jóvenes, hombres, mujeres, personas mayores, heterosexuales, homosexuales, cada uno con un rol muy singular con las drogas. Este contacto permitió romper con la mirada de la trabajadora de salud mental cuya relación con las drogas estaba directamente relacionada a patrones de enfermedad física y mental.

La mayoría de las personas no tenían problemas con su consumo y en muchos casos compartían sus experiencias placenteras y sus conocimientos que muchas veces eran contrastados con los que se aprendía desde las formaciones. Así se podría muchas veces ofrecer orientaciones para que la persona hiciera un consumo más placentero y seguro.

Las pastillas de MDMA son una de las sustancias más analizadas en el laboratorio. Era curioso ver cómo las personas se organizaban para llevar las “pastis” para analizar antes de viajar para una fiesta heavy por ejemplo. Pero también se hizo acogidas con personas mayores que consumían cannabis y querían desarrollar una crema para los dolores en las piernas, con un artista que estaba intentando hacer un tratamiento con microgramos de LSD para aumentar su capacidad creativa, con un chico que frecuentaba los clubes LGBTQI+ y hacía un consumo de sustancias específicas para aumentar su placer sexual.

Algunas veces también en las acogidas se puede detectar alguna persona



con un consumo problemático. En estos casos la equipe de asesoramiento redobla la atención hacia la persona e intenta garantizar que los contactos de la persona sean hechos con un mismo profesional del equipo para crear una relación de confianza.

Con mucha tranquilidad este profesional busca crear un vínculo con la persona y acompaña su proceso hasta el momento en que la persona consumidora perciba que está con problemas en su consumo y demuestra estar abierta a procurar ayuda profesional. Solo en este momento se hace entonces la derivación de usuari@s a los servicios sociosanitarios.

Las principales áreas de intervención del servicio de asesoramiento son el proyecto de Festa Major que está dirigido a los jóvenes por medio de un trabajo educativo en stand y una intervención de itinerancia en pareja educativa en las zonas de botellón. El proyecto de servicio de análisis la mayoría llega por recomendación de otra persona consumidora usuaria. El proyecto Chem Safe es hecho online por medio de una página web.

El fenómeno Chem Safe ocurre sobre todo entre hombres en su mayoría en espacios privados (casas particulares, saunas, zonas de cruising, etcétera), donde no es posible desarrollar un trabajo desde la prevención secundaria (stand). Además la cultura del Chem Safe está muy vinculada al uso de aplicaciones, fármacos, VIH, homofobia y consumo problemático asociado con vivencia de la sexualidad (Caudevilla, 2007; Martín, 2016, 2020).

De manera general, un eje del trabajo es ofrecer información y asesoramiento por correo o personalmente y luego se puede derivar algunas personas para una llamada online hecha por una psicóloga (en el caso del Chem Safe). Otra parte son





la atención en festivales donde se puede montar stand y laboratorio de análisis para resultados cualitativos. Y finalmente el proyecto internacional por lo cual recibimos muestras internacionales para analizar (EP13).

### 5.3 Los Dispositivos Móviles

#### 5.3.1 Los Programas de Acercamiento



Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/barcelona/20180610/el-centro-para-drogodependientes-de-ciutat-vella-abrira-las-24-horas-este-verano-6869132>

Se trata de un trabajo realizado en medio abierto que busca desarrollar intervenciones basadas en la reducción de daños y riesgos en locales próximos a las zonas de consumo. Están dirigidos tanto a las personas consumidoras como a la comunidad.



En relación al trabajo realizado con las personas consumidoras, las intervenciones son dirigidas sobre todo a aquell@s personas que suelen consumir drogas en locales públicos. El acercamiento inicial a estas personas generalmente ocurre desde el contacto directo realizado a través de la oferta de kits higiénicos de consumo o de la aproximación indirecta establecida a partir de la recorrida de los residuos de la parafernalia que quedan desechados en las calles y vías públicas.

A partir de este contacto diario l@s profesionales buscan construir un vínculo con estas personas poniéndose disponibles a ayudarles con todo lo que necesiten. A partir de las necesidades presentadas por las personas consumidoras se empieza a proponer acompañamientos y derivaciones a servicios, atenciones educativas en situaciones de consumo activo y soporte de urgencia en caso de sobredosis.

En los casos de las personas ya vinculadas con l@s profesionales, estos les ofrecen soporte para que las acciones establecidas en los planes terapéuticos se realizan a contento. Esto normalmente ocurre por medio del acompañamiento del usuari@ en los servicios de salud para realizar su seguimiento, en los servicios sociales para obtener auxilios o organizar documentos y papeles, también hay casos en que se les acompaña para realizar búsqueda de trabajo.

Este tipo de atención es muy importante en la medida que interviene con colectivos que están totalmente desvinculados o tienen poco vínculo con la red sociosanitaria posibilitando la inclusión de estas personas consumidoras en los servicios. Se observó que la gran mayoría son migrantes que están ilegales en el país, personas sin soporte familiar efectivo y personas en situación de calle.

En relación al trabajo con la comunidad, l@s agentes realizan contacto y seguimiento con el vecindario, l@s comerciantes, equipos educativos, sociales y de



salud, cuerpos de seguridad, brigadas de limpieza y otros recursos existentes en su zona de intervención. Desde este acercamiento se realizan orientaciones, distribución de materiales educativos de prevención de conductas de riesgos y organización de talleres educativos y comunitarios.

El trabajo de acercamiento es realizado por profesionales que son conocidos como agentes comunitari@s. Las intervenciones realizadas por ell@s son registradas diariamente y se ven reflejadas en informes presentados por las instituciones responsables por este trabajo. Durante la investigación tuvimos contacto tanto con agentes que tenían formación de nivel universitario como de nivel medio.

Algun@s agentes nos dijeron que empezaron a trabajar en el área de drogodependencias durante su momento de rehabilitación después de tener una experiencia como consumidor@s de drogas. Ell@s nos explicaron que la capacitación para este trabajo en general es realizada por medio de cursillos ofrecidos por el gobierno y reuniones organizadas por las instituciones que hacen la gestión de estos proyectos.

A lo largo de la investigación de campo, fueron acompañados programas de acercamiento realizados por equipos de agentes comunitarios vinculados a los CAS, a asociaciones como la ASAUPAM y a proyectos específicos de reducción de daños vinculados a ONG Creu Roja. Todavía se sabe que existen otros proyectos en la ciudad que incluyen programas de acercamiento como estrategia de intervención.

Desde nuestra experiencia de campo, se acompañó, por ejemplo, la realización de un taller de prevención en sobredosis planificado por una agente comunitaria que realizó el trabajo de acercamiento en un espacio de consumo



activo. Se trataba de una casa invadida en una zona central de la ciudad que se presentaba bastante deteriorada. Es posible que en su momento esta casa hubiera sido un establecimiento comercial.

El interior de la casa se presentaba oscuro, con poca circulación de aire, quizá porque todas las ventanas estaban cerradas. Al caminar por sus dependencias se notaba la organización de un espacio que tenía algunas características de una casa y otras de un espacio público descuidado, tal como una calle con alguna basura desechada por los cantos.

Las personas consumidoras que allí estaban, también llamadas de “ocupas”, parecían encantadas con nuestra presencia y nos recibieron muy bien. Después que nos presentamos, ellos nos condujeron a una especie de salón donde había muchos colchones distribuidos y cerca de cada uno de ellos se podía encontrar objetos personales. Era como si cada espacio de aquellos representase una habitación privada debidamente organizada en un espacio colectivo.

En aquel momento solo había usuarios presentes, eran siete hombres que tenían cerca de 30 años o más. La mayoría de los usuarios presentaba señales de consumo de drogas reciente. De pronto, cuando empezamos el taller ellos tenían muchas ganas de hablar, compartirán muchas historias personales, algunas de ellas relacionadas a episodios en que asistieron compañer@s morir de sobredosis por falta de atención de urgencias.

La agente comunitaria conocía a todos los usuarios y tenía una gran afinidad con ellos. Ella y una otra profesional, educadora social, condujeron el taller utilizando orientaciones educativas con un lenguaje muy informal. Los usuarios participaron activamente haciendo preguntas y se ofrecieron para realizar los ensayos en que se



hacia una pequeña demostración de una intervención en sobredosis. Al final del taller todos recibieron kits con naloxona, que es la sustancia utilizada para retirar una persona de un cuadro de sobredosis de heroína.

El análisis de los datos recogidos desde la implantación de los programas de acercamiento en el área metropolitana de Barcelona indica un impacto positivo de cambios en el patrón de consumo de drogas en medio abierto. Las acciones en medio abierto permiten que se haga el acercamiento, mapeo y seguimiento tanto de un colectivo específico de personas consumidoras como de las zonas de consumo, posibilitando la detección de problemáticas comunitarias asociadas al consumo de drogas realizado en locales públicos, la realización de diagnósticos y la planificación de estrategias e intervenciones que reduzcan su impacto.

De otra parte, los programas de acercamiento también desarrollan un trabajo muy importante junto a la comunidad que posibilita una mayor sensibilización e implicación de la comunidad con la problemática del consumo de drogas. La participación de la comunidad como parte activa en la búsqueda de soluciones para este problema contribuye para que la población en general acepte la instalación de estos equipamientos en locales próximos a sus residencias, cambie la manera de relacionar con las personas consumidoras, facilitando los procesos de inclusión y integración de las personas consumidoras en la sociedad.

### *5.3.2 Los Programas de Acercamiento en Contexto de Ocio Nocturno*



Disponible en: <https://energycontrol-international.org/>

Son acciones “in situ” que se llevan a cabo en contextos de ocio nocturno como discotecas, festivales, fiestas rave, clubs, todos lugares relacionados al contexto de consumo recreativo asociados en general a sustancias como el alcohol, cocaína, pastillas de MDMA, entre otras.

Por medio de intervenciones de proximidad que generalmente ocurren en un stand instalado en el evento, con consentimiento de los organizadores, los profesionales ofrecen materiales, información objetiva sobre drogas para reducir los riesgos, servicio de análisis de sustancias y test de alcoholemia. Las pruebas de alcoholemia y los análisis de sustancias son dispositivos que vienen presentando



gran efectividad en la toma de decisiones y el cambio conductual.

Partiendo de la idea de que muchos de los problemas asociados al consumo ocurren por desconocimiento y la falta de información, el principal objetivo de estos programas es reducir los efectos negativos relacionados al consumo, más que evitar el consumo en sí mismo.

Una estrategia fundamental para obtener una respuesta positiva en estos programas es la inclusión de población destinataria en el propio programa, lo que es llamado de “acción entre iguales” (peer to peer). Un estudio reciente demostró que las acciones entre pares tienen mayores chances de impacto y generan mayor credibilidad entre las personas consumidoras (Bleeker, et al., 2009).

Así mismo, los pares deben recibir formación básica que proporcione tanto conocimiento sobre sustancias (efectos, riesgos y estrategias de reducción de riesgos), como de habilidades necesarias para el trabajo informativo y de asesoramiento. Es necesario aún que los iniciantes en el proyecto hagan las intervenciones bajo supervisión de los más expertos.

El contexto de fiesta y baile y la población a la que se dirigen las intervenciones exige una manera muy particular de intervención. Es sabido que entre las personas que frecuentan los contextos de ocio hay muchas que tienen resistencia a buscar apoyo en servicios especializados. Así que hay que ofrecer informaciones en el propio momento y adoptar un discurso de proximidad y que sea objetivo, directo y lo más neutral posible sin juzgamientos o prejuicios en cuanto a la decisión del consumo. Este tipo de acción promueve la inclusión de este grupo de personas a los programas de reducción de daños y riesgos.

Según I@s profesionales de Energy Control la atención a las personas



consumidoras de alcohol y de alcohol y cocaína en contexto de fiesta están entre las mayores dificultades iniciales, pero luego con el apoyo de los otros profesionales expertos se va construyendo su manera de intervención.

Es claro que el consumo recreativo de sustancias es un fenómeno dinámico que exige constantes adaptaciones, así que otra frente que los programas de acercamiento en contexto de ocio posibilitan es la detección precoz de nuevos patrones de consumo y sustancias, además de los contextos de riesgos asociados a ellos, lo que permite la construcción de nuevas estrategias de intervención que contribuyen con la producción de espacios de fiesta más seguros.

Debido al contexto de la pandemia todas las fiestas planificadas para el año de 2020 en Barcelona fueron canceladas, por esta razón no se acompañó el trabajo del equipo de Energy en las fiestas. Sin embargo, participamos de muchas formaciones sobre sustancias y maneras de intervención.

Así como se propone en los programas de reducción de daños y riesgos en ocio nocturno, Energy agrega un gran número de voluntarios que en general son personas consumidoras que les gustan mucho a la fiesta y aportan al trabajo un gran conocimiento técnico y práctico sobre las sustancias y sus formas de consumo. Fue en lo mínimo curioso percibir que se puede aprender más sobre drogas en un proyecto así que en los espacios universitarios de estudio e investigación.

#### *5.3.4 Los Programas de Acercamiento en Contexto Educativo*





Disponible en: <https://es-la.facebook.com/energycontrol/photos>

Son programas aún poco desarrollados a nivel mundial, siendo localizadas algunas pocas experiencias en Australia, Barcelona, Irlanda y Estados Unidos (RIOD, 2018). De manera general este dispositivo se propone realizar una intervención con enfoque de reducción de daños y riesgos en ámbito educativo con estudiantes de centros públicos de enseñanzas secundarias con edad entre 13 a 17 años o con la población universitaria con objetivo de reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

Es posible que las dificultades encontradas para el desarrollo de estos programas están relacionadas con el hecho de que existen muchas resistencias en pensar el enfoque de reducción de daños y riesgos en los contextos de prevención del consumo, aún más cuando se trata de proponer un trabajo con adolescentes y jóvenes con menores capacidades de autonomía y poder de decisión.



Así que, en el ámbito educativo, es común encontrarnos programas de prevención basadas en orientaciones dirigidas para “el no consumo de drogas” que en general se presentan de manera muy alejada de los estudiantes y que no explican claramente las sustancias y los patrones de consumo. Sin embargo, las experiencias existentes de reducción de daños en medio educativo demuestran que los alumn@s tienen una gran aceptación de estos programas (Marlatt & Witkiewitz, 2002). Estrategias como proponer acciones de proximidad, utilizar un discurso adaptado al contexto y grupo poblacional a que se busca intervenir, ofrecer la oportunidad de hablar libremente sobre las drogas y su consumo sin prejuicios y tabúes son las bases metodológicas de los programas de reducción de daños y riesgos en contexto educativo.

Queda claro que el aumento de los conocimientos reales sobre las sustancias y la posibilidad de saber cómo se puede hacer un consumo seguro, lleva a que l@s estudiantes sufran menos con problemas asociados a su propio consumo o por el consumo de sus pares (McBride, Farrington, Midford, Meuleners y Phillips, 2004).

En Barcelona, el trabajo en el medio educativo es uno de los ejes de trabajo del proyecto Energy Control. La propuesta de intervención está dirigida a toda la comunidad educativa por medio de actividades como talleres, charlas, formaciones y asesoramientos dirigidos tanto a la adolescencia y juventud, como a profesionales del ámbito socioeducativo, familias y personas adultas de referencia.

El principal objetivo del trabajo es aportar información útil sobre drogas con base en los principios de la reducción de daños, riesgos y de la gestión del placer, atendiendo a las diferentes necesidades del medio educativo. Las instituciones interesadas entran en contacto con el equipo y se les presenta un catálogo de



actividades para que se evalúe las actividades más adaptadas para el contexto que se busca atender. Después de concretado el plan de intervención se programan los encuentros.

Desafortunadamente, por la interrupción de las actividades educativas por el contexto de la pandemia del COVID 19, no fue posible acompañar ningún taller. Pero se pudo notar que hay una gran demanda de las instituciones por las actividades educativas y las profesionales responsables por el proyecto cuentan que los alumn@s tienen una gran aceptación de las acciones ofrecidas y se ponen muy motivad@s a participar de las acciones y aprender sobre las informaciones que se les ofrece.

## 6. MARCO TEÓRICO: MIRADAS POSIBLES SOBRE EL FENÓMENO



## DE LAS DROGAS

Las bases conceptuales que guiaron esta investigación fueron las nociones foucaultianas de biopolítica y de gubernamentalidad (Foucault, 2004; Dreyfus & Rabinow, 2010; Souza, 2014), el concepto de necropolítica utilizado en la perspectiva decolonial (Mbembe, 2011; Valencia, 2010, Estévez, 2018) y en la perspectiva teórico-metodológica interseccional (Jiménez Rodrigo, Guzmán Ordaz, 2012; Platero, 2012; Crenshaw, 1991) y el concepto de farmacopoder (Preciado, 2008). Todas estas nociones fueron definidas en distintos apartados que serán presentados a continuación.

### **6.1 De la genealogía del poder hasta una genealogía de las drogas**

Uno de los principales intereses de Foucault en su etapa genealógica fueron los dispositivos de poder. Castro (2014) nos explica que la analítica del poder foucaultiana consiste en mostrar cómo el poder funciona de forma indirecta, no actuando sobre las personas, sino conduciendo sus conductas, facilitando, dificultando o impidiéndolas. Así se puede decir que el poder se desarrolla, sobre todo, por medio de las prácticas que constituyen las llamadas experiencias humanas.

Las prácticas generan formas de división, de carácter siempre histórico y provisorio, entre lo verdadero y lo falso. Ellas tienen un carácter sistemático (saber, poder, ética) y pueden ser discursivas (las formas del saber) y no-discursivas (las formas concretas de ejercicio del poder - que son las bases de ciencias como la



Psicología y la Psiquiatría).

El entrelazamiento de las prácticas discursivas y no-discursivas es lo que produce los sujetos en la modernidad. Para Foucault, la modernidad no es una época, sino un ethos, es decir, una actitud en la que el acceso del sujeto a la verdad está determinado solamente por el conocimiento científico (Castro, 2014).

Los aparatos que permiten establecer la división entre lo verdadero y lo falso son llamados dispositivos. Estos producen y distribuyen las prácticas que se apoyan unas en las otras sancionando o estableciendo quién tiene la función de decir lo verdadero y cuáles son los procedimientos para obtener la verdad.

Según Castro (2014), el dispositivo es la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no-dicho. Tiene una función estratégica y establece un nexo entre sus distintos elementos.

### *6.1.1 Concepción jurídica del poder*

Para Foucault, el poder no es sólo lo que marca el límite entre lo permitido y lo prohibido. Esto sería lo que el autor llamó de la concepción jurídica del poder. Las bases de esta concepción jurídica, según Foucault, ya se podría reconocer en el Imperio Romano, pero fue la monarquía quién la desarrolló y la expandió por todo cuerpo político y social durante el feudalismo. Después, este mismo sistema jurídico monárquico fue el utilizado por la burguesía para desarrollar su crítica a la propia monarquía.



En el mismo momento histórico de la formación de la concepción jurídica del poder fue creada también la noción de infracción que se sobrepondrá a la noción de daño. Esta es una noción importante visto que la idea de infracción no tiene que ver con el daño cometido por un individuo contra otro y sí con la ofensa que el individuo cometió contra el Estado y el soberano, es la expresión del desacato a la ley y el orden. La noción de infracción fue extremadamente importante para el desarrollo de otras nociones como el inquérito y la delincuencia.

El inquérito fue el instrumento jurídico que al mismo tiempo sacó de los propios individuos el poder de juzgamiento de los daños en los cuales estaban envueltos y los remitió a la figura de un tercero, el procurador o juez, y también conectó el sistema jurídico con una red de saberes que posteriormente fueran dando lugar a ciencias como la Economía, la Política y la Estadística. En ese sentido, el inquérito fue una forma de saber-poder que desdobló varios procedimientos de gestión que contribuyeron con la formación de un proceso de gobierno (Foucault, 2002).

Por lo tanto, Foucault va a decir que:

En otras palabras, Occidente nunca tuvo otro sistema de representación, de formulación y de análisis del poder que fuera el sistema del derecho, el sistema de la ley. Y yo creo que esta es la razón por la cual, a fin de cuentas, no tuvimos hasta recientemente otras posibilidades de analizar el poder excepto esas nociones elementales, fundamentales, que son las de ley, regla, soberano, delegación de poder, etc (Foucault, 1981-1982, s/p.).



En el campo de las investigaciones sociales el autor notará entonces que la preocupación de la mayoría de los expertos gira en torno al problema de la prohibición y a partir de ello se intenta comprender el funcionamiento general de los sistemas sociales y políticos. Así que preguntas como: ¿Quién detiene el poder? ¿Cuáles son las reglas que rigen el poder? ¿Cómo funcionan las leyes establecidas por el poder sobre el cuerpo social? son recurrentes en los estudios sociales, todavía ellos solamente se focalizan en las representaciones del poder y no en su funcionamiento.

Foucault, por otro lado, propondrá una forma diferente de análisis sugiriendo que deberíamos liberarnos de la perspectiva de la prohibición y de la ley. De la obra de Marx, el autor destaca la idea de que no existe la categoría del poder, sino de “los poderes”. Los poderes entonces serían las formas de dominación que operan localmente y tienen funcionamientos y especificidades históricas y geográficas propias.

De acuerdo con Castro (2014), no hay que entender por dominación un hecho masivo y global de predominio de uno sobre otros o de un grupo sobre otro, sino las múltiples formas en las que puede ejercerse el poder en una sociedad. Las relaciones de dominación son relaciones de fuerza que intentan controlar todo y no dejan espacio a la libertad y hay que analizarlas desde abajo, es decir a partir de los fenómenos, las técnicas y los procedimientos de poder.

Estudiar las prácticas como técnicas o tecnología consiste en agregar los conceptos de estrategia y táctica. Así las técnicas de poder son un conjunto de prácticas que permiten constituir, definir, organizar tácticas (relación entre medios) y estrategias (relación entre fines) que pueden ser desarrolladas respecto de los otros.



Las principales tecnologías de poder que llamarán la atención de Foucault en la modernidad serán la disciplina y la población.

A respecto de la disciplina el autor explica que:

La disciplina es, en el fondo, el mecanismo del poder por el cual alcanzamos a controlar en el cuerpo social hasta los elementos más tenues con los cuales llegamos a tocar los propios átomos sociales, esto es, los individuos. Técnicas de individualización del poder. Cómo vigilar a alguien, cómo controlar su conducta, su comportamiento, sus aptitudes, cómo intensificar su rendimiento, cómo multiplicar sus capacidades, cómo colocarlo en el lugar donde será más útil, esto es lo que es, a mi modo de ver la disciplina (...). Y es lo que llamaré tecnología individualizante de poder, y es la tecnología que enfoca a los individuos hasta en sus cuerpos, en sus comportamientos; se trata, grosso modo, de una especie de anatomía política, de anatomo-política, una política que hace blanco en los individuos hasta anatomizarlos (Foucault, 1981-1982, s/p.).

En cuanto a la regulación de la población, Foucault dirá que:

Todo esto comienza a ser descubierto en el siglo XVIII. Se percibe que la relación de poder con el sujeto, o mejor, con el individuo no debe ser simplemente esa forma de sujeción que permite al poder recaudar bienes sobre el súbdito, riquezas y eventualmente su cuerpo y su sangre, sino que el poder se debe ejercer sobre los individuos en tanto constituyen una especie de entidad biológica que debe ser tomada en consideración si queremos





precisamente utilizar esa población como máquina de producir todo, de producir riquezas, de producir bienes, de producir otros individuos, etc (...). Se inventó en ese momento, en oposición a la anatomo-política que recién mencioné, lo que llamaré bio-política. Y a partir de allí toda una serie de técnicas de observación entre las cuales está la estadística, evidentemente, pero también todos los grandes organismos administrativos, económicos y políticos, todo eso encargado de la regulación de la población (Foucault, 1981-1982, s/p.).

#### *6.1.2 Concepción estratégica del poder*

A partir del desarrollo de estas dos técnicas, el poder comienza a dejar de ser jurídico y el cuerpo y la vida entran en el dominio de los poderes. En este momento, entre el siglo XVIII y XIX, Foucault apunta que esta nueva política, la política de la vida, produce otro mecanismo de poder que no tiene a la ley como principio fundamental sino a la norma y luego a la normalización. Con la normalización se desarrollarán otros aparatos que no son exactamente judiciales como la medicina, la psiquiatría y la psicología (Ibáñez, 1983).

La diferencia entre la norma y la ley es que la norma tiene como función orientar a la población sobre cómo ella debe hacer y lo que ella puede hacer, en cuanto la ley determinaba lo que los individuos no tenían que hacer. De este modo, los poderes fueron siendo diluidos entre distintos aparatos sociales y la forma de gobernar fue dejando de ser hecha desde el confinamiento para ser hecha “a cielo abierto”, definiendo no quien serían los infractores y sí cuáles son las reglas de



normalidad en la sociedad.

Así que, aunque creemos que vivimos en una sociedad de la ley, Foucault nos llamará la atención de que no son más las conexiones jurídicas que dictan el funcionamiento de la política, sino en otro tipo de poder en que la norma y la normalización al mismo tiempo se fortalecen y hacen disfuncionar la sociedad del derecho.

En este proceso de transformación de la sociedad capitalista, Foucault va a encontrar en el sexo y en la sexualidad una pieza capital. Él va a decir que “el sexo es el eje entre la anatomo-política y la bio-política, él está en la encrucijada de las disciplinas y de las regulaciones y es en esa función (...) una pieza política de primera importancia para hacer de la sociedad una máquina de producir” (Foucault, 1981-1982, s/p.).

Antes del siglo XVIII, otros pueblos como los griegos, los romanos y los asiáticos tenían la “ars erótica” que visaba la intensificación del placer y no había una preocupación en transformar el sexo en un discurso. Foucault señala que el proceso de formación del discurso de la sexualidad empieza con la práctica cristiana de la confesión y culmina en el psicoanálisis. En el siglo XIX, la sociedad occidental producirá la “scientia sexualis” y pasará a tratar la sexualidad como un discurso que será utilizado para explicar casi todo (Foucault, 2004a).

Mientras que en la antigua Grecia la sexualidad formaba parte del proyecto que conducía al “hombre” al autogobierno y a la estética de la existencia, donde las orientaciones sexuales estaban relacionadas y no eran las mismas para todos. En el modelo jurídico-religioso, la sexualidad cristiana asoció la sexualidad a una fuente del mal y recomendaba a todos los cristianos la abstinencia rigurosa.



Según Foucault, el cristianismo no inventó este código de comportamiento sexual, pero lo ha adoptado y reforzado. Lo que el cristianismo inauguró fue el modelo del “hombre” como ser sexual, estableciendo una relación entre la sexualidad y la subjetividad. Las confesiones de la carne, en cuanto una práctica de hablar de sí, son técnicas que tienen al cuerpo como su principal objeto de intervención y expresa un verdadero testimonio de sí contra sí mismo.

A partir de esta técnica se puede reconocer un proceso de subjetivación asociado a un conocimiento que se produce desde la obligación de decir la verdad sobre sí mismo. Esta condición indispensable de la ética cristiana fue capaz de desarrollar al mismo tiempo la capacidad de volver hacia sí y de introyectar el poder.

Posteriormente, la práctica de la confesión fue incorporada por un discurso científico elaborado sobre todo por la medicina. En este proceso, el consultorio médico permitió que la confesión cambiase de un espacio religioso a un espacio médico y se sofisticase gracias a la técnica del examen. El examen posibilitó la formación de un discurso científico en que la sexualidad pasó a ser considerada una conducta potencialmente asociada a patologías, anomalías y desvíos que deberían ser mapeados, acompañados y corregidos.

### *6.1.3 Subjetivación y Biopoder*

Al analizar la historia de la sexualidad, otra preocupación de Foucault fue comprender cómo el sujeto entra en el juego de este discurso, pasando a conducirse como sujetos de conductas morales y convirtiéndose en objeto del pensamiento científico. Con el acontecimiento de la sexualidad y del sexo se desarrolló una serie



de prácticas que garantizaron la producción de formas de subjetivación moral y tuvieron como objetivo orientar como la población tenía que pensar, hacer y sentir.

Aunque mucho se hablaba sobre censura y represión de la sexualidad, Foucault mostró que nunca se había dicho tanto de sexo y de la sexualidad como en ese momento histórico, por lo tanto, la sexualidad es una invención moderna, una producción histórica construida por una red de poderes que no son represores y no significa una verdad que expresa la naturaleza humana. Con esto, *Foucault nos muestra que, es exactamente la construcción cultural bien sucedida del sexo como una fuerza biológica que permite conectarlo a las micro prácticas del biopoder* (Dreyfus; Rabinow, 2010, p. 234).

La modernidad es la experiencia del biopoder. Foucault explica que toda práctica de biopoder detiene la capacidad de articular tanto estrategias de intervención individual como estrategias de orden público dirigidas a toda la población incidiendo, por lo tanto, en la vida humana en su doble acepción: el sujeto como especie y el sujeto como cuerpo. En el caso del dispositivo de la sexualidad, él va a localizar por lo menos cuatro estrategias por las cuales las prácticas de biopoder se ejercerán tanto sobre la vida poblacional como individual.

Según el autor, una primera estrategia fue dirigida para la sexualidad femenina y produjo un discurso sobre la histerización del cuerpo femenino, concebido como algo misterioso y difuso que exigía cuidado. La segunda estrategia dirigida a la pedagogización de la sexualidad infantil y emprendió una campaña contra la masturbación. Ya la tercera fue encaminada a la sexualidad de las familias, proponiendo sobre todo cuidados con la procreación. Finalmente, la cuarta estrategia se remitió a la perversión sexual a partir de la construcción de escalas que



definían desde las conductas sexuales normales hasta las patológicas (Dreyfus; Rabinow, 2010).

De esta manera, Foucault propone un análisis del poder que está relacionada con un nuevo arte de gobernar que propone otra racionalidad del Estado. Esta no funciona por medio de la coerción o de la represión y sí por la producción de un discurso de autoformación del sujeto moral, desde las tecnologías de sí, tales como el cuidado de la vida y de la salud que a su vez es generador de una nueva forma de placer: la seguridad individual y social.

Foucault considera que uno de los principales hechos de las sociedades modernas fue este proceso por el cual la vida, la vida nuda, la vida natural pasa a ser investida por estrategias aún más sofisticadas de poder. Es decir, el proceso de inserción de la vida en el registro de la política y del cuerpo como elemento privilegiado de intervención.

Agamben va a recuperar esta idea de Foucault y desarrolla la noción de que la vida nuda sería una especie de reducción de la vida en su estatus biológico, recuperando, para eso, la noción de zoé de los griegos que quiere decir la vida mundana y simple que es distinta de la vida política denominada por los griegos de bíos (Agamben, 1998).

Él va a conectar la idea de la vida nuda con un personaje de la antigüedad conocido por homo sacer. Se trata de la persona que puede ser asesinada sin que esta acción sea considerada un asesinato. El homo sacer entonces se refiere a los sujetos que quedan completamente desamparados sin ninguna protección, siendo considerados solamente sujetos por su exclusión en el orden jurídico y político.

Este proceso de exclusión produce una quiebra entre la ciudadanía y los



derechos humanos llevando al homo sacer a quedarse cada vez más en los márgenes de los Estados nación. El Estado por su parte regula la vida natural entre la vida auténtica y la que carece del valor jurídico y político restando solamente el campo humanitario.

La idea de vida nuda nos ayuda a comprender porqué así como en los dispositivos de la sexualidad, en ciertos fenómenos como la locura, por qué las estrategias de poder no incidirán solamente sobre el cuerpo físico, también sobre la moral, otra perspectiva que Foucault va a apuntar que aprehende los placeres humanos y conductas como la voluntad y las pasiones.

En este sentido, la locura será pensada, en este momento histórico, no sólo como un objeto de intervención individual, sino también colectivo, siendo considerada como una anomalía que puede acometer la población. Estos cambios van a contribuir con la producción y el desarrollo de la noción de la enfermedad mental (Caponi, 2009).

Las estrategias del poder, en esta realidad biopolítica, establecerán sobre la voluntad del loco un poder basado en la terapeutización y la moralización de la enfermedad mental. Y, de esta misma manera, encontraremos en el campo de las drogas la constitución de un problema moral donde la voluntad de la persona consumidora y la terapéutica establecerán un proceso de oposición, lucha y dominación que empuja a las personas consumidoras a procesos de exclusión jurídica y política.

#### *6.1.4 Problematización moral*



Según Souza (2014), el dispositivo de la sexualidad puede ayudar a comprender el tema de las drogas, pues *aunque haya diferencias y especificidades entre las drogas y el sexo, podemos extraer efectos más generales de un proceso de cambio del eje de producción del saber y de tecnologías de conducta sobre los secretos del cuerpo y de los placeres* (p.989).

En este sentido, un análisis genealógico de las drogas no se centra en el proceso histórico de interdicción que fue construido sobre las mismas, como se lee pasa en muchos estudios a respecto de esta temática. En este caso, la genealogía tiene como objetivo ocuparse principalmente de la problematización moral de las drogas, considerando, para ello, la existencia de distintas realidades y ambigüedades que componen la noción de moral.

De acuerdo con Escotado (1998)

Resulta entonces que la diferencia rechazada por razones morales es al mismo tiempo una producción de moral. A los desviados y a aquellos a quienes se encomienda el control — con el resto de la población como público pasivo del espectáculo — corresponde actualizar el sistema de valores, que ha entrado en crisis por un complejo de motivos, aunque aísla esa concreta cuestión como paradigma del conflicto. En definitiva, cambio social y cambio en la moralidad son aquí una misma cosa. A pesar de la formidable estructura de intereses económicos que ha suscitado la Prohibición, el asunto es y seguirá siendo un asunto de conciencia, similar en más de un sentido al dilema que suscitó el descubrimiento de la imprenta (p.8).



Foucault reconoce la existencia de, por lo menos, tres realidades distintas en relación a la moral: la historia de los códigos, de las moralidades y la historia del sujeto moral. La historia de las moralidades es el estudio que busca comprender en qué medida las conductas de las personas responden a las reglas propuestas, a su vez la historia de los códigos analizan los sistemas de reglas y valores predominantes, ya la historia del sujeto moral trata de los modelos de instauración de las relaciones que las personas establecen consigo mismas que él también llama de la historia de la subjetivación moral y de las prácticas de sí que son destinadas a garantizar la moralidad (Foucault, 2004).

El autor explica que en ciertas sociedades el énfasis de constitución de las morales está puesta en el código y no en la subjetivación. En estos casos, la moral se realiza de una forma jurídica, es decir, el sujeto se refiere a una ley a la que tiene que someterse y caso de que no lo haga le será impuesto una punición.

Sin embargo, en sus estudios sobre la Antigüedad, Foucault encontró otras formas de concebir las morales que se basaban más en las formas de subjetivación y en las prácticas de sí que en los códigos. En estas sociedades, el énfasis estaba en las actitudes que posibilitan a los sujetos respetar los códigos morales y no en el contenido del código y sus normas de aplicación.

Por lo tanto, dado el código de conductas producido para orientar la relación de las personas con las drogas es posible reconocer diferentes formas en que las personas se comportan moralmente, diferentes maneras de hacer, no sólo como agente, sino como sujeto moral.

En este sentido, es importante esclarecer que el objeto del que pretende





hablar Foucault, cuando se refiere a la genealogía de la moral, es la manera como es preciso conducirse, es decir la constitución de sí como sujeto moral. Por esto, él afirma que

Una acción, para decirse “moral”, no debe reducirse a un acto o una serie de actos de acuerdo con una regla, a una ley o a un valor. En la verdad, toda acción moral implica una relación con el real en que ella se realiza, y una relación con el código al cual ella se refiere; y también implica una cierta relación consigo mismo; esta no es simplemente “conciencia de sí”, más constitución de sí como “sujeto moral”, en la cual el individuo circunscribe la parte de él propio que constituye ese objeto de práctica moral, define su posición en relación al precepto que él acepta, determina para sí un cierto modo de ser que valdrá como cumplimiento moral de él mismo y, para realizarse, actúa sobre sí mismo, llevándolo a conocerse, a controlarse, a ponerse a prueba, a perfeccionarse y a transformarse. No hay acción moral particular que no se refiera a la unidad de una conducta moral; no hay conducta moral que no exija la constitución de sí mismo como sujeto moral; no hay constitución del sujeto moral sin “modos de subjetivación” y sin una asceta o prácticas de sí que los fundamenten (Foucault, 2004, p.213-214).

En sus estudios sobre la historia de la sexualidad Foucault notó que la temática de la abstinencia y el acceso a la verdad empezaron a constituirse como un código moral desde el cristianismo. A partir de este código, la tradición cristiana promovió una cultura del miedo que asoció el placer a una forma de perjudicarse a



uno mismo, construyendo una imagen negativa que fue fuertemente relacionada a procesos de descalificación y formación de estereotipos asociados al campo de la muerte y del mal. El modelo moral cristiano, por lo tanto, se basa en la valoración de la capacidad humana de dominarse a sí mismo, de resistir a las tentaciones y renunciar al placer.

Por otro lado, en la Antigüedad, Foucault encuentra el valor moral de la abstinencia presentado como una sugestión que tampoco era dirigida a toda población, sino a determinados grupos sociales. Así es fundamental comprender que la constitución de la moral de la abstinencia, forjada en la Antigüedad como una propuesta, pasó por un largo camino hasta llegar a su forma contemporánea y manifestarse como una determinación jurídica impositiva y autoritaria destinada a todos y no a algunos (Foucault, 2004).

Uno de los objetivos de Foucault al narrar este proceso histórico de la moral es llamar la atención para el hecho de que toda acción no es moral en sí misma, lo que hace a una acción tener un valor moral es la marca que ella establece en el propio ser del sujeto. Por lo tanto, la conducta moral conduce a la persona no solo a acciones de cumplimiento de las reglas, sino también a un cierto modo de ser.

Si traemos estas reflexiones para pensar una genealogía de las drogas podemos decir que en la actualidad nuestros modos de ser están fuertemente producidos a partir de un sujeto moral abstinentes que fue tan alejado de las experiencias del placer que ya casi no puede vivirlas si no es sobre una forma punitiva.

Así que de una parte se puede reconocer que lo esencial de la abstinencia hoy estaría en la práctica que la proponen como el establecimiento de leyes



prohibitivas. Pero, también se puede encontrar este mismo esencial de la abstinencia en las prácticas de lucha que las personas deben establecer con sus deseos y con las tentaciones. Así como puede ser percibido en los sentimientos experimentados por las personas en sus relaciones con el otro.

De otra manera se puede notar la moral de la abstinencia en las técnicas utilizadas para llevar a las personas a transformarse en seres abstinentes tales, como el trabajo pedagógico, el trabajo de vigilancia, control y seguridad pública, el trabajo médico y psicológico, el trabajo religioso, deportivo, entre otros.

Además, se debe incluir también las distintas maneras como las personas se relacionan con las leyes y las reglas y se ven ligadas a la obligación de cumplirlas. Por ejemplo, las personas pueden someterse a las prohibiciones por estar de acuerdo con ellas, o por sentirse responsables en cumplir los compromisos con su tradición religiosa, o por responder a una apelación de alguien a quien se tiene mucho respeto y consideración, o incluso por tener una preocupación con su propia salud.

Por lo tanto, este proceso de universalización de la abstinencia parece haber conducido al sujeto moral contemporáneo, a un modo de ser donde las prácticas de sí fueron eclipsadas por los modos de sujeción que se ejercen de maneras cada vez más sutiles.

A este respecto es pertinente retomar las palabras de Foucault cuando señala que fue justamente en las relaciones en que parecía que el ser humano había podido desarrollar su actividad sin encontrar mayores prohibiciones que se incidió más intensamente las problematizaciones morales de nuestra época. De esta manera nos parece que la historia de la sexualidad y la historia de las drogas se



encuentran en la encrucijada entre las conductas morales y las prácticas de libertad que fueron tomadas como objeto del poder.

En los casos acompañados en los servicios de salud mental que trabajan con las personas consumidoras de drogas en estadios variados de exclusión es común conocer historias de vida donde el uso de drogas y la sexualidad se encuentran siendo objetos de intervención de la red de poderes.

En este sentido, relato un fragmento de un acontecido en mi trabajo como psicóloga en un servicio de drogodependencias brasileño antes de la realización de la tesis, el cual ilustra las ideas expuestas anteriormente:

*Me acuerdo de la historia de un hombre negro que tenía cerca de cuarenta y pocos años y estaba viviendo en las calles después de haber perdido su último trabajo y no tener más ingresos para pagar una habitación. Según él, su primer trabajo fue en una empresa internacional que fabricaba electrodomésticos, allí trabajó durante muchos años alcanzando una buena posición. La pérdida de este trabajo se produjo debido a las dificultades que pasó al tener que gestionar la convivencia de su vida profesional y el consumo intenso de alcohol.*

*Después de una hospitalización psiquiátrica para intentar interrumpir el consumo de alcohol, fue derivado para tratamiento ambulatorio en el Centro de Atención Psicosocial de Alcohol y otras Drogas (CAPS ad). Según ha dicho al equipo del CAPS ad, comenzó a beber cuando descubrió a los veinte y pocos años, cuando estaba para casarse, que su verdadera madre era una de las hermanas con las que él se crió y su padre era también su abuelo.*



*Jorge explicaba que se sentía como una persona sucia y que llevaba consigo una gran revuelta por ser hijo de una relación incestuosa. Decía que le gustaría morir, pero no tenía coraje de matarse. Con el paso de los años, sus dificultades también se sintieron en el matrimonio que terminó debido a una serie de conflictos conyugales que llevaron a Jorge a la cárcel acusado por violencia física y sexual. Jorge terminó rompiendo prácticamente todas sus relaciones familiares, a excepción de la hija menor a quien todavía visitaba y ayudaba económicamente.*

*Antes de perder su último trabajo Jorge iba al CAPS AD regularmente para hacer psicoterapia, en general se presentaba tranquilo y decía que estaba haciendo un uso menor de alcohol lo que había conseguido sustituyendo este consumo por el uso de cannabis. Después de la pérdida del empleo, volvió a consumir mucho alcohol y pasó a presentarse en el CAPS siempre muy agresivo y amenazador, lo que exigía al equipo mucho manejo para conseguir construir alguna cosa con él.*

*En este momento Jorge siempre decía que ya no tenía nada que perder, que la vida le había sacado todo lo que tuvo de importante y que el Estado tenía la obligación de ayudarlo después de todo lo que él pasó. Exigía que el equipo le consiguiera una casa para vivir y decía que no le ayudábamos porque era negro. Cuando sus pedidos eran negados se quedaba extremadamente agitado, gritaba y amenazaba tanto a los profesionales como al resto de personas que estaban en el servicio. A partir de ese momento, pasó a ser frecuente llegar al día siguiente en el CAPS ad y encontrar la basura esparcida por la calle y algunas veces la puerta de entrada sucia de las heces de Jorge.*

*Después de unos meses en esta situación, Jorge consiguió su internamiento en una comunidad terapéutica evangélica y pidió su transferencia del servicio. Su*



*permanencia en la comunidad duró unos dos años, en este período él tuvo una mejora muy significativa, llegando a ser invitado a trabajar en la comunidad. Los conflictos empezarán después de que Jorge se negó a casarse con la hija del pastor que era responsable de la comunidad.*

*Así que otra vez Jorge volvió para las calles, intensificó el consumo de alcohol y pasó a comportarse de forma agresiva y amenazadora en otro CAPS ad donde estaba siendo tratado. Unas semanas más tarde Jorge terminó siendo preso por agresión física y sexual a una mujer que vivía en la calle.*

*La historia de Jorge nos hace pensar que en los análisis de las drogas hay que considerar también que, en el presente, la soberanía del código moral sobre las prácticas de si no se establece más por el aparato jurídico y sí desde un continuo regulador compuesto por leyes e instituciones educacionales, sociales, penales, religiosas, de salud y de seguridad.*

#### **6.1.5 Gubernamentalidad**

Este conjunto de tecnologías ya no está directamente dirigido por el Estado y sí por organizaciones no gubernamentales que se agenciaron para gestionar la vida de la población consumidora y no consumidora, al mismo tiempo que otorgan a las personas, a nivel individual, la responsabilidad de hacerse cargo de su propio cuidado excluyendo aquellos que no pueden llevarlo a cabo. De esta manera, Foucault llama la atención para el hecho de que el papel del Estado dejó de ser de productor de las estrategias de sujeción moral para ser el gestor de ellas, de manera que su trabajo pasa a regular y administrar este continuo regulador.



Por esta razón, los Estados neoliberales se han convertido en Estados gerenciales que ya no sólo controlan el comportamiento individual a través de la disciplina, sino que también regulan y administran el crecimiento y la mortandad de la población para la reproducción de sí misma a través de técnicas de autocuidado, es decir, de desplazar al individuo la responsabilidad sobre su propia salud, educación y todo aquello que incide en la reproducción del capital humano que cada individuo posee. Para lograr desplazar sus obligaciones sociales al individuo, el Estado neoliberal echa mano de dos tecnologías de poder: la norma y la política pública (Estévez, 2018, p.26).

Estos cambios en la función del Estado fueron marcados no solo por la constitución de los Estados Liberales, como por una nueva racionalidad que fue conocida como gubernamentalidad. Esta nueva razón de Estado no es entendida como la suspensión de las reglas preexistentes, sino como la formación de un tipo de poder que fue llamado gobierno.

La nueva gubernamentalidad de la razón de Estado se basa en dos grandes conjuntos de conocimientos y tecnologías políticas, una tecnología política militar y una política policial. En la encrucijada de estas dos tecnologías, existe el comercio y la circulación interestatal de divisas:

"se espera del enriquecimiento a través del comercio la posibilidad de aumentar la población, el trabajo, la producción y las exportaciones, y de dotar de armas fuertes y numerosas. La población-riqueza era, en el momento del mercantilismo, el objeto privilegiado de la nueva razón gubernamental. Este par está en la base de la formación de una economía política (Foucault



en Revel, 2005, p.55).

Es justamente en este momento de formación de la gubernamentalidad que muchos investigadores de las drogas van a localizar el proceso de construcción de las primeras iniciativas prohibicionistas. Según Sousa (2014):

A pesar de las iniciativas prohibicionistas que empezaron en el siglo XVIII y avanzaron en el siglo XIX, principalmente dentro de la sociedad estadounidense, fue durante todo el siglo XX en el que las drogas se construyeron como un problema de interés diplomático y militar. Las drogas gradualmente reemplazaron a la sexualidad como una figura central de amenaza, peligro y riesgo de degeneración, tanto para el individuo como para la población. Insertados desde el mercantilismo en las redes de comercio internacional, permitieron elevar las teorías del deseo como campo de investigación sobre la verdad del tema y las ciencias de la población al nivel de un problema geopolítico a escala global. **El proceso político de medicalización y criminalización de los usuarios de drogas**, anclado en una moral religiosa, extendió las redes de biopoder como un signo explícito de guerra, salvaguardando otros intereses menos explícitos (p. 992).

Ya en Estévez (2018), podemos notar como la relación de las drogas con el desarrollo del capitalismo fue bien conectada y permitió avances económicos por otras vías además de las legales, fortaleciendo los principios capitalistas en la economía y en el mercado.





La inconmensurabilidad del capitalismo neoliberal y su ethos de muerte se encuentran desarrollados en ideas como el capitalismo zombi (Harman, 2009), que con base en los conceptos originales de Marx se enfoca en la capacidad destructiva del capital y su poder para ponernos en contra de nosotros mismos; el capitalismo gánster (Woodiwiss, 2005), que describe cómo la delincuencia organizada en Estados Unidos ha sido exitosa gracias al apoyo de políticos, burócratas y ejecutivos de transnacionales; el capitalismo fantasmal (Roy, 2014), que examina cómo las demandas del capital global han sometido a millones de personas en la India a formas brutales de depredación ambiental, explotación y racismo; las narconomics (Wainwright, 2016), que analizan desde la perspectiva económica las cadenas productivas, de distribución y venta del tráfico de drogas, que incluyen ventas por internet, diversificación de mercancías ilícitas, responsabilidad social y fusiones entre cárteles; y el capitalismo de la narcoguerra, que sugiere que los conflictos internos y la militarización se concentran en geografías importantes para proyectos de energía y extracción de recursos (Paley, 2014) (en Estévez, 2018, p.29).

Considerando el análisis foucaultiano es posible decir que esta variabilidad de formas de comportamiento del capitalismo con las drogas solo fue posible por esta combinación moderna establecida entre la formación del Estado Neoliberal y la gubernamentalidad. Pues esta racionalidad fue capaz de producir estrategias que tienen como característica ser incluyentes, pues son dirigidas a toda la población,



permissivas, ya que pueden añadir otros elementos cuando les conviene, y excluyentes porque acaban siempre dividiendo y eliminando una parte de aquello en lo que están buscando intervenir.

En este sentido, las drogas podrían ser comprendidas como dispositivos de poder dado que dicen respecto a la red de relaciones que tiene como objetivo mantener el discurso capitalista y una red de regulación individual y poblacional compuesta por instituciones, leyes, políticas, saberes científicos, orientaciones morales.

Además, es posible considerar que el prohibicionismo no es solamente un producto de interdicción desarrollado con el proceso de formación de los Estados Liberales a través de la gestión de la población. Tampoco existe como una categoría generalizada, funcionando de la misma manera en contextos y territorios diferentes.

Los prohibicionistas son heterogéneos y constituyen una tecnología de gubernamentalización que permitió el establecimiento de una forma de garantizar la expansión de otros tipos de mercado y la fabricación de intervenciones capaces de controlar las estrategias que las personas pueden crear en relación a sí mismas y unas en relación a las otras.

Como explica Escohotado (1998)

Tras milenios de uso festivo, terapéutico y sacramental, los vehículos de ebriedad se convirtieron en una destacada empresa científica, que empezó incomodando a la religión y acabó encolerizando al derecho, mientras comprometía a la economía y tentaba al arte. Oportuna o incoherente, la cruzada contra algunos de ellos constituye una operación de tecnología



política con funciones sociales complejas, donde lo que se despliega es una determinada física del poder. En el horizonte de ansiedades que acompañan cualquier cambio en profundidad de la vida, los engranajes de esa física aclaran la creación del problema esquematizado como «la droga», y su contacto con el asunto más amplio de la relación que el hombre contemporáneo guarda con su libertad real. Sería ingenuo esperar que los cambiantes criterios de moralidad, los estereotipos culturales y las consignas de una u otra propaganda estén sometidos al detenido examen que persiguen las ciencias. Pero un camino para formar conceptos en vez de dogmas y mitos sobre este objeto es atender a su propia génesis (p.13).

Sobre el análisis de la gubernamentalidad, Foucault va a decir: "*Llamo de gubernamentalidad el encuentro entre las técnicas de dominación ejercidas sobre los otros y las técnicas de sí*" (Foucault en Revel, 2005, p.55).

Por lo tanto, el análisis de la gubernamentalidad es fundamental para comprender desde el punto de vista genealógico como la historia de Jorge y la relación actual de la humanidad con las drogas pasa por la constitución de un sujeto moral abstinente, reconocido en la era cristiana, y actualizado en la modernidad a través del prohibicionismo en cuanto una tecnología gubernamental.

## **6.2 De la Necropolítica a una Perspectiva Decolonial de las Drogas**

El poder fue analizado desde una perspectiva decolonial por Achille Mbembe (2011) y a partir de este análisis él formuló la idea de necropoder para explicar los



procesos de regulación de la muerte en el continente africano. Según Archambault (2011), este análisis sirve también para pensar los contextos vividos en el tercer mundo y en el cuarto mundo, es decir en la población que vive en un estado precario en el primer mundo.

Siguiendo la perspectiva decolonial de la lectura del biopoder Gržinić y Tatlić afirman que

La regulación de la vida en el primer mundo capitalista produce estilos de vida, y el paso de la biopolítica a la necropolítica implica un cambio cualitativo en la concepción de la muerte, que es doble: muerte real por empobrecimiento masivo, y muerte simbólica por las intervenciones del capitalismo en lo social, lo político y lo simbólico. No obstante, en el primer mundo también hay rastros de necropolítica que se invisibilizan y esconden, como el desmantelamiento de la política social para ciudadanos y la explotación, deportación y marginación de migrantes del segundo y tercer mundo en el espacio de Schengen (Gržinić y Tatlić en Estévez, 2018, p.20-21).

### *6.2.1 Necropolítica*

La necropolítica, según Mbembe (2011), se refiere a un tipo diferente de soberanía que se desarrolló a partir del período colonial y que utiliza tecnologías de explotación y destrucción del cuerpo generando políticas racializadas de ordenamiento y sistematización de la muerte en ciertos países. Para el autor, en la



actualidad es fundamental pensar no solo en el lugar de la vida y del cuerpo, también en el papel de la muerte en el funcionamiento de las relaciones de poder.

Para desarrollar la noción de necropolítica, el autor retoma las ideas de Foucault sobre el biopoder destacando el proceso de inversión del objetivo del poder en la biopolítica que se centró en la regulación de la propia vida a partir de la sumisión corporal y sanitaria de la población. Desde este análisis foucaultiano, Mbembe destaca la idea de que la operatividad del poder en el biopoder se dio a partir de la sustitución del “dejar vivir y hacer morir”, característico de las sociedades medievales de soberanía, por el “hacer vivir y dejar morir”. Este cambio marca el funcionamiento de las sociedades de bienestar, pero no sirve para comprender lo que ocurrió en las sociedades coloniales.

La existencia de territorios donde las personas viven casi como muertos vivientes, marginadas de las condiciones básicas de vida bajo los fenómenos del esclavismo y del colonialismo demuestran por un lado que las políticas de muerte no fueron interrumpidas en la modernidad y por otro que estos procesos estuvieron prácticamente silenciados en la mayoría de las lecturas del biopoder.

Así, el necropoder tiene como función explicar cómo el hacer morir característico del poder soberano fue actualizado en cuanto al principal objetivo de las relaciones de poder en las sociedades coloniales. El poder, en estos escenarios, se da de modo que “se decide quién puede vivir y quién debe morir”. Esto no quiere decir exactamente que el biopoder y el necropoder se contraponen, sino que ellos se complementan en la medida que explican los procesos de regulación de la vida y de la muerte en la actualidad (Estévez, 2018).

Mbembe va a definir la política como una forma de guerra, es decir, una forma



de establecer la soberanía. Por lo tanto, la política es un trabajo de muerte y la soberanía es “la voluntad y la capacidad de matar para vivir” (2011, p.25). Esto funcionará como una especie de base normativa que define en las sociedades coloniales “el derecho de matar”. Esta norma invoca y produce enemigos ficticios que constituyen las bases de formación de las relaciones de enemistad y de “*la concatenación del biopoder, del estado de excepción y del estado de sitio*” (2011, p.35).

Las políticas de raza son un gran ejemplo de este proceso de producción de enemistad y su unión con la política de muerte ya habían sido explicadas también por Foucault (1992), Arendt (2004) y Buck-Morss (2000). La esclavitud, en este sentido, fue considerada como una de las primeras manifestaciones biopolíticas de la historia y la propia vida del esclavo comprendida como una muerte-en-la-vida que explicita la formación de una profunda contradicción moderna establecida entre la libertad y la propiedad.

Por lo tanto, la construcción de los estereotipos racistas y el desarrollo del racismo de clase en los países colonizados contribuyeron a la aparición de formas de crueldad cada vez más íntimas, horribles y lentas que facilitaron el proceso de deshumanización, civilización e industrialización de la muerte.

En la mayor parte de los casos, de hecho, la selección de razas, la prohibición de matrimonios mixtos, la esterilización forzosa e incluso el exterminio de los pueblos vencidos han sido probados por primera vez en el mundo colonial. Observamos aquí las primeras síntesis entre la masacre y la burocracia, esa encarnación de la racionalidad occidental. Según Arendt (2004), existe una relación entre el nacionalsocialismo y el imperialismo tradicional. La conquista colonial ha



revelado un potencial de violencia antes desconocido. Vemos en la segunda guerra mundial la extensión a los pueblos «civilizados» de Europa de los métodos anteriormente reservados a los «salvajes» (Mbembe, 2011, p.36).

En este sentido, es fundamental comprender que la construcción del racismo permitió que la vida de las personas colonizadas fuese aproximada a la vida animal constituyendo una experiencia radicalmente diferente para el sujeto europeo que garantizaba que cuando ellos torturaban o mataban no eran conscientes de que aquel acto significaba un asesinato y un crimen. Por esta razón, Mbembe afirmará que en las colonias el poder era ejercido al margen de la ley, inexistiendo cualquier otro tipo de ordenamiento jurídico, si no un estado de excepción permanente marcado por el terror y la violencia.

En resumen, las colonias son zonas en las que la guerra y el desorden, las figuras internas y externas de lo político, se tocan o se alternan unas con otras. Como tales, las colonias son el lugar por excelencia en el que los controles y las garantías del orden judicial pueden ser suspendidos, donde la violencia del estado de excepción supuestamente opera al servicio de la civilización». El hecho de que las colonias puedan ser gobernadas en ausencia absoluta de ley procede de la negación racista de todo punto común entre el conquistador y el indígena (Mbembe, 2011, p.39).

Al respecto del proceso de racialización como dispositivo de poder, Gržinić y Tatlić (2014) van a añadir que la función de la racialización es diferenciar los ciudadanos de los no ciudadanos y, aunque todos sean violentados, los procesos de



discriminación aplicados se dan de maneras distintas a cada uno de ellos.

Mbembe considera que en las colonias hubo una ocupación tardía de la modernidad. Para explicar este proceso él rescata las ideas de Fanon para mostrar que, en este momento histórico, la soberanía pasó a ser ejercida en los países colonizados a partir del poder de aislamiento que definía “quién tiene importancia y quién no la tiene, quién está desprovisto de valor y puede ser fácilmente sustituible y quién no” (2011, p. 46).

Esta construcción se hizo posible a partir del modelo del Estado del apartheid, que estableció una rigurosa división de los espacios urbanos pertenecientes a cada categoría social y una asociación de los espacios destinados a la población racializada con espacios de “mala fama”. De esta manera, a los colonizados se les relegó a un estatus que se queda entre las categorías de sujeto y objeto permitiendo la proliferación de espacios de violencia.

Según Mbembe (2011),

La ocupación colonial de la modernidad tardía es un encadenamiento de poderes múltiples: disciplinar, «biopolítico» y «necropolítico». La combinación de los tres permite al poder colonial una absoluta dominación sobre los habitantes del territorio conquistado. El estado de sitio es, en sí mismo, una institución militar. Las modalidades de crimen que este implica no hacen distinciones entre enemigo interno y externo (...). Se militariza la vida cotidiana. Se otorga a los comandantes militares locales libertad de matar a quien les parezca y donde les parezca (...). Las instituciones civiles locales son sistemáticamente destruidas. La población sitiada se ve privada de sus





fuentes de ingresos. A las ejecuciones a cielo abierto se añaden las matanzas invisibles. (p.52-53).

Ya en relación con el contemporáneo, el autor va a afirmar que se trata de la era de la movilidad global, donde las separaciones entre los campos políticos y jurídicos internos y externos dejan de tener sentido y dan espacio para la constitución de soberanías asimétricas marcadas por diversas obligaciones de fidelidad y un mosaico de derechos de gobierno incompletos.

Una de las mayores marcas de estos nuevos enclaves de poder es que el ejercicio del derecho de matar ya no es monopolio de los Estados y las estrategias militares ya no son los únicos medios de ejecutar estas funciones. Así que, en los conflictos contemporáneos, el ejercicio de la violencia ya no pertenece exclusivamente al Estado. Se extendió entre otras instituciones como las milicias, los servicios de seguridad privada y toda una serie de nuevas entidades necroempoderadas que se proliferaron por la sociedad produciendo tecnologías aún más sofisticadas de destrucción.

En los Estados poscoloniales donde existe una alta concentración de recursos naturales valiosos, la fragilidad de la capacidad de gobernar del Estado y la constitución de economías transnacionales favorecieron aún más la formación de las milicias. En estos contextos, estos grupos desarrollan, bajo la máscara del Estado, guerras contemporáneas que tienen como principal objetivo la masacre de la población civil.

En este proceso de constitución de una economía de masacre, el valor de las personas será nivelado al valor de otras mercancías de modo que relaciones de



dependencia establecidas por medio de deudas reales o simbólicas, constituirán la estrategia de poder utilizada para diferenciar las personas entre clientes y “los nuevos esclavos”, estableciendo a partir de esto el objetivo de la política de la muerte.

Poner las prácticas de violencia en el centro de los análisis de las formas de capital de muerte es considerar la existencia de una forma necropolítica de capitalismo. En este sentido, hay un conjunto de prácticas capitalistas que también funcionan lucrando con la violencia, la desposesión, la destrucción de hábitats, las formas silenciadas de esclavismo y con la muerte en general.

### *6.2.2 Capitalismo gore*

Para explicar este funcionamiento del capitalismo en el tercer mundo, Valencia (2010) acuña el concepto de Capitalismo Gore, retomando un género cinematográfico caracterizado por la producción de películas de violencia extrema y cuestiona los procesos de dominación impuestos por una minoría blanca y masculina que garantiza la precarización de la vida de la mayoría de la población.

Según la autora, en esta forma de capitalismo la producción económica se da por medio de la destrucción de bienes naturales, materiales y de políticas públicas responsables por asegurar los derechos de la población, así como por la especulación con los cuerpos como mercancías y de la banalización de la violencia.

En el Capitalismo Gore, las formas de subjetivación están determinadas por el consumo y los países poseedores de economías neoliberales más exitosas, como los Estados Unidos, son los principales responsables por difundir una cultura del



hiperconsumo. Así, en países del tercer mundo, como es el caso de México, la cultura del hiperconsumo no solo influye en la subjetividad, también sustituye la idea de los Estados-nación por la del Mercado-nación. Este proceso vuelve más compleja aún la realidad necropolítica, pues más allá del mercado legal, el control del Estado es disputado también por el narcotráfico.

La cultura del hiperconsumo es constituida, sobre todo, por la fabricación de un supuesto placer en consumir que hace que la adquisición de mercancías sea más valorada que la autorealización a través del trabajo. Por lo tanto, las clases trabajadoras y las personas que no pueden llegar a los altos niveles de consumo a su vez son impulsadas a acercarse cada vez más del mercado criminal como una alternativa de sobrevivir.

Con esto dicho, Valencia (2010) propone que el análisis decolonial del biopoder debe considerar las especificidades de cada contexto geopolítico afirmando que en México la gubernamentalización necropolítica funciona no sólo por la vía de la estatización de las prácticas gubernamentales del Estado, sino también por la acción criminal.

Para la filósofa, las corporaciones de las drogas ilegales ejercen un poder de opresión análogo al del Estado y se han convertido en un Estado paralelo que reconfigura la biopolítica y utiliza técnicas que Valencia denomina necroprácticas – acciones radicales dirigidas a infringir dolor, sufrimiento y muerte, por ejemplo, el asesinato, la tortura y el secuestro– para aprovechar, conservar y lucrar con el poder de hacer morir (Valencia, 2010 en Estévez, 2018, p.21).

Por lo tanto, las necroprácticas regulan los cuerpos individuales y de la población de acuerdo con categorías como raza, clase y género, haciéndolos



mercancías de intercambio o hiper consumidores de los bienes ofertados, no solo por el mercado, también por el narcomercado. Así tanto la vida como la muerte se convierten en mercancías que son hipervaloradas por medio de técnicas de amenaza, tortura y secuestro. En este sentido, las políticas sociales, de salud, de drogas y de migración se reducen a la producción de prácticas que no interfieren en el fortalecimiento del mercado y en la generación del capital.

Valencia (2010) nos ayuda a comprender también que en los países del tercer mundo existe una conexión “muy estrecha entre las drogas y la producción de capital debido no sólo a la globalización del hiperconsumo, sino también a la violencia económica, que incluye trabajos mal pagados, falta de oportunidades para los jóvenes, ausencia de servicios sociales, marginación social, etc”. Añadiendo la autora que “hay, pues, un doble discurso en la política estatal que permite a los Gobiernos vincular los mercados legales (armas) y los ilegales (drogas), creando un complejo nexo entre drogas, industria militar e hiperconsumo” (Valencia, 2010, en Estévez, 2018, p.32-33).

Así también las divisiones existentes entre las drogas legales y las ilegales, las prescritas y las recreativas, funcionan como estrategias de normatización y normalización de los cuerpos. En los Estados Unidos, por ejemplo, la retórica de la guerra contra las drogas demuestra que las guerras necropolíticas no solo favorecen a las mafias, también a las industrias de guerra. Por lo tanto, las drogas deben ser comprendidas como una mercancía de mucho valor en las sociedades de hiperconsumo, pues funcionan como un dispositivo que satisface distintas subjetividades, tales como la comunidad científica, las industrias farmacéuticas y de guerra, y el mercado negro, fortaleciendo la producción de capital y la expansión



de los mercados y negocios transnacionales.

A esta nueva gubernamentalidad, Mbembe (2011) denominó de gestión de multitudes:

En tanto que categoría política, las poblaciones son más tarde disgregadas entre rebeldes, niños-soldado, víctimas, refugiados, civiles convertidos en discapacitados por las mutilaciones sufridas o simplemente masacradas siguiendo el modelo de los sacrificios antiguos, mientras que los “supervivientes”, tras el horror del éxodo, son encerrados en campos y zonas de excepción (p.62).

### *6.2.3 Subjetivación y Necropolítica*

Desde la gestión de las multitudes, Mbembe destaca el modo de subjetivación de los supervivientes que son las personas que estuvieron a las puertas de la muerte, pero siguen vivas y la muerte del otro es la condición que define la propia existencia del superviviente y le permite seguir siéndolo. El autor retoma este concepto de Elias Canetti que cree que el momento de la supervivencia es un momento de poder del superviviente.

Otro modo de subjetivación que el autor encuentra en el contemporáneo es la figura del kamikaze. El kamikaze es una persona que transforma literalmente su cuerpo en un arma, eliminando toda posibilidad de vida. En este caso, el poder se localiza en la capacidad del sujeto de triunfar sobre su propia mortalidad, rechazando una doble prohibición social: el suicidio y el asesinato y adquiere un



estatus de transgresión.

Así Mbembe reconoce que las sociedades poscoloniales son constituidas por instancias y experiencias de ausencia de libertad lo que conlleva al establecimiento de una conexión extremadamente importante entre la muerte y la visión de la libertad no alcanzada. En este sentido, *“la muerte es precisamente aquello por lo cual y sobre lo cual tengo poder. Pero es también ese espacio en el que operan la libertad y la negación”* (Mbembe, 2011, p.74).

El escenario contemporáneo crea mundos de muerte que confieren a una parte significativa de la población un estatus de muertos-vivientes y esto implica una experimentación subjetiva de la vida en permanente dolor, lo que no deja de ser, conforme afirma Mbembe, otra forma de locura.

Esta forma de locura puede ser observada en las condiciones de vida de muchas personas consumidoras de drogas, donde el exceso y la dependencia ofuscan los duros procesos de constitución de sus existencias. La muerte es un futuro que puede ser anticipado en cualquier momento y no funciona como marcador de un límite en el presente. Morir es una posibilidad vivida, muchas veces, como una solución al dolor y a la servidumbre que simboliza la vida. Como afirma Mbembe, *se muere viendo morir, e incluso, de alguna forma, por voluntad propia, con todas las fuerzas con el arma del sacrificio* (2011, p.71).

La perspectiva necropolítica contribuye mucho para pensar sobre el campo de las drogas, tanto en sus aspectos políticos descritos por Valencia, como en los que se refieren a la producción de subjetividad. En este sentido, recuerdo un caso que acompañé durante los últimos meses de trabajo en el Centro de Atención Psicosocial para el Alcohol y Otras Drogas (CAPS AD) en Brasil que puede contribuir



a las reflexiones sobre la necropolítica.

*Era un joven de unos 20 años transferido por la Unidad Básica de Salud debido a un grave problema hepático que había empeorado mucho en los últimos meses debido al consumo excesivo de alcohol. Según el médico que lo acompañó, no había posibilidad de tratamiento clínico sin una reducción en el patrón de consumo de alcohol y por esta razón se había considerado su inclusión en el CAPS ad.*

*El joven se resistió durante unos meses a ir al CAPS ad y dijo que quería tratar de resolver su problema solo. Durante este tiempo realizamos visitas en un intento de establecer un vínculo con él y después de otro empeoramiento del cuadro físico que requirió su derivación al Servicio de Emergencias, Manuel finalmente accedió a ir al CAPS ad.*

*Manuel llegó al servicio muy débil y demostró ser un joven muy tímido y reservado. Con su aspecto de afrodescendiente, como la gran mayoría de los brasileños de las clases más vulnerables, se presentaba abatido, con los ojos bajos y tristes. Después de algunas semanas de su estancia ininterrumpida en el CAPS ad, el joven comenta que nunca se había sentido tan cuidado en su vida.*

*También cuenta que cuando tenía unos diez años había asumido todas las responsabilidades de su hogar, después que la madre sufriera un derrame cerebral y quedase postrada en la cama. Durante ocho años cuidó de su madre y hermanos, además de trabajar para mantener a la familia. Hace unos dos años, ahora recuperada, la madre de Manuel comienza una relación romántica con un hombre que también vivía en el vecindario y la vida de Manuel cambió completamente.*



*El barrio donde vivían Manuel y su familia era bien conocido y había sido clasificado años atrás como "el barrio más peligroso de la ciudad". Era una región marcada por la violencia, controlada por grupos involucrados en el tráfico de drogas y otros frentes criminales, donde la ausencia del Estado también se manifestaba en la precariedad de la vivienda, en la falta de recursos básicos de saneamiento y otros servicios sociales, de salud, educativos y culturales.*

*Poco a poco, la relación de Manuel con su madre y su pareja empezaron a traer dificultades de convivencia, lo que desencadenó una serie de conflictos familiares. Manuel, quien hasta entonces era conocido en el vecindario por ser un niño trabajador y que asistía a la iglesia, comenzó a ser visto borracho con frecuencia en las calles.*

*Con el intenso consumo de alcohol, no pasó mucho tiempo antes de que Manuel fuera despedido de su trabajo. Sin trabajo, el consumo de alcohol aumentó aún más y los conflictos con su madre y la pareja de ésta que pasó a vivir en la casa familiar, llevaron a la expulsión de Manuel de su hogar. Manuel comenzó a vivir en la calle, durmiendo unos días con conocidos y otros en la acera enfrente de la casa de su madre. En condiciones precarias de vida, el joven fue remitido algunas veces a la Unidad Básica de Salud, que detectó que Manuel tenía una cirrosis hepática en un grado muy avanzado que requería atención inmediata y urgente.*

*Cuando fuimos por primera vez con Manuel a recoger sus pocas pertenencias en casa de su madre, ella había dejado las cosas de su hijo empaquetadas en una bolsa de basura afuera de la casa para evitar que él quisiera entrar en ella. Desde la ventana señaló el lugar donde había dejado las cosas e insistió en que no volviera por allí después de su recuperación. Manuel regresó al*





*CAPS ad visiblemente destrozado. Con ojos llorosos, dijo que no podía entender la actitud de su madre. Él tenía un amor incondicional por ella y nos describió todos los tipos de cuidados que había tenido con ella durante todos los años que estuvo enferma y postrada en una cama.*

*En este momento, Manuel ya estaba estrechamente vinculado con el equipo del CAPS ad y, a su vez, el equipo también se sentía extremadamente sensible a la situación del joven. Después de descartar la posibilidad de que volviera a vivir con su familia, la propuesta fue ayudarlo a buscar otro lugar para vivir y un nuevo trabajo.*

*Así, un día antes de su entrevista inicial para su inserción en el proyecto de trabajo ofrecido por la red de salud mental del municipio, el equipo se organizó para regalarle una camisa, pantalones, zapatillas y mochila. Recuerdo como si fuera hoy que una técnica de enfermería quitó sus propios calcetines para que Manuel tuviera todas las pertenencias necesarias para sentirse bien en aquel momento tan importante para él.*

*Después de unirse al proyecto de trabajo, el equipo comenzó a articular su inserción en el albergue municipal. El proyecto terapéutico de Manuel consistía en organizar su vida de manera que desde el albergue donde pasó a dormir, él pudiera salir a trabajar todos los días y al final de la tarde pasar por el CAPS ad para tomar sus medicamentos y cenar. En este momento, con la interrupción casi total del consumo de alcohol, Manuel parecía contento y se puso de acuerdo a continuar su tratamiento de salud, mostrando una mejora significativa en su enfermedad física.*

*El progreso en el tratamiento de Manuel nos hizo creer que podríamos construir un proyecto de vida para su futuro. Sin embargo, en su cumpleaños,*



*alentado por el consumo de una pequeña dosis de alcohol, decidió visitar a su madre. Este encuentro de Manuel con el desprecio de su madre fue la gota que colmó el vaso.*

*De los informes que hemos recopilado, en ese día Manuel bebió como si no hubiera mañana. Según su madre, él fue a su casa varias veces y cada vez estaba más intoxicado. Las peleas con la pareja de la madre llegaron a actos de violencia física entre ellos. Al día siguiente, nos informaron que Manuel había sido atropellado en la carretera que une la casa de la madre y el CAPS AD .*

*Manuel no sobrevivió al accidente y murió instantáneamente. Por la información que nos llegó, el conductor del vehículo era un policía que conducía por encima de la velocidad permitida, no sufriendo ninguna penalización por lo sucedido y fue puesto en libertad una vez que llegase el servicio que retiró su cuerpo del lugar del accidente.*

*La muerte de Manuel fue comunicada a la familia por el equipo del CAPS ad. Al recibir la noticia, la madre llora y comienza a sentirse enferma y tuvo que ser derivada a la Unidad Básica de Salud. Durante el funeral, la madre se conmueve mucho por la muerte de su hijo y el equipo, que sufre de un dolor profundo, vive una experiencia casi disociativa al presenciar esa impactante escena.*

Todo profesional que haya trabajado en un servicio de salud mental para el tratamiento de personas que usan drogas sabe que la muerte es una condición extremadamente presente en el día a día. La vida cotidiana en el CAPS ad está, por lo tanto, marcada por las más variadas e inimaginables experiencias de violencia, destrucción y muerte. En este sentido, la pregunta sigue siendo si Manuel no estaría



en una condició inevitable de muerto-viviente, como diría Mbembe, cuando se reunió con nosotros en el CAPS ad y por mucho que se trató de transformar esa realidad tan poderosa que le acometió, difícilmente podríamos tenerlo apartado de ella.

Entre los usuarios del servicio, la noticia de la muerte de otro compañero a menudo se experimenta como una especie de conformismo y anestesia que nos hace pensar en la figura del superviviente de Mbembe. Por lo tanto, los supervivientes que acompañaron la estela de Manuel comentaron, al regresar del funeral, que creían que la muerte era un alivio para el sufrimiento que Manuel vivió en vida, ratificando la idea de Mbembe de que el poder de la muerte, en estos casos, es la denegación de la posibilidad de producir una vida en libertad.

No es nada fácil tratar de humanizar una situación que ya se había producido de una manera irreparablemente inhumana. En estos casos, la realidad necropolítica se manifiesta como una lanza afilada y muy poderosa que corta las posibilidades de la vida de punta a punta, sin piedad, dejando en cada persona que supervive las huellas de un inmenso vacío y frustración. En este sentido, nos parece que producir prácticas que rompan con el estatus de banalización de la vida, de la muerte y de la violencia es una tarea urgente en nuestro momento histórico.

### **6.3 La interseccionalidad y el farmacopoder, otras miradas hacia las drogas**

Como vimos en las consideraciones anteriores, los dispositivos de poder impactan a las personas de maneras muy complejas. En este sentido, se cree que



es importante dar visibilidad en el análisis del dispositivo-drogas también desde la perspectiva interseccional.

### *6.3.1 Perspectiva de género interseccional*

La interseccionalidad es una mirada que contribuye con la producción de un tipo de análisis y praxis que contempla a las personas en su diversidad y complejidad, rompiendo con una concepción universal del sujeto. Así, se entiende que las redes de poder producen normalizaciones que se organizan en forma de categorías como la clase, la etnia, las relaciones coloniales, la diversidad funcional, las diferentes identidades, las experiencias sexuales, de género y también con las drogas. Estas categorías además de servir como dispositivos de control y vigilancia también son fenómenos que hacen visibles las múltiples diferencias que atraviesan las vivencias de las personas.

El término interseccionalidad fue popularizado por Kimberlé Crenshaw (1989) que buscando poner acento sobre las relaciones de poder y privilegio en su estudio con las mujeres negras, defiende que la construcción social de las relaciones entre las distintas desigualdades opera en estas mujeres de modo múltiple y simultáneo. Con esto, la autora contribuye para una reflexión crítica sobre las políticas identitarias en la década de 1980's, señalando que hablar de las mujeres en general no es lo mismo que hablar de las mujeres negras.

Esto significa que no se puede utilizar las categorías sociales creyendo que existe un consenso sobre su sentido y significado, pues las categorías sociales no son universales, hay que concretar siempre lo que se quiere decir al referirse a las



categorías a que se pretende analizar. Por lo tanto, la perspectiva interseccional buscar comprender cómo funcionan las desigualdades y cómo generan discriminación. Aparecen diferentes autoras que exploran cómo se conceptualizan estas “intersecciones”, sobre cómo teorizar estas desigualdades, sobre cómo se cruzan o superponen explorando los efectos de esa situación de simultaneidad. Algunos de los conceptos de los que se sirven son: “simultaneidad de opresiones” (Combahee River Collective, 1977), “interseccionalidad” (Crenshaw, 1989), “matriz de dominación y sistemas entrelazados de opresión” (interlocking systems of oppression) (Collins, 1990); “ejes de desigualdad” (Knapp, 2005; Klinger y Knapp, 2007; Yuval-Davis, 2006 (...); Winker y Degele, 2009), “interdependencia de ejes de opresión” (...), “discriminación múltiple” (Duclos, 1993; Fredman, 2005; Grabham, 2006; Grabham et al., 2009), “desigualdad múltiple”, “ensamblajes o agenciamientos” (Puar, 2007) (en Platero, 2012, p. 26).

A partir de estos trabajos se construye la noción de que lo más importante no son las categorías sociales per se y sí las relaciones recíprocas que establecen y que componen los procesos de desigualdades y discriminación. Es decir, para la perspectiva interseccional las categorías sociales no existen antes que las personas, tampoco son independientes unas de las otras. No se trata de aplicarlas listando todas las categorías sociales en los estudios y aplicaciones, más si de trabajar desde lo que llama Emily Grabham de una anatomía del detalle (2009). Así una de las propuestas de la interseccionalidad sería el trabajo de mapeo de una discriminación múltiple que constituye una corporeidad totalmente singular en cada existencia (Grabham, 2006).



Según Platero (2012), la interseccionalidad señala cómo estas diferentes fuentes de discriminación no son categorías sociales naturales o biológicas, son construidas y establecen interrelaciones entre sí mismas. Los estudios interseccionales no buscan simplemente hacer una descripción de las mismas, sino reconocer cómo estas categorías emergen en cada contexto y se encarnan en la vida de los sujetos promoviendo un sentido determinado a sus experiencias personales. Este trabajo obliga a cuestionar la existencia de un sujeto hegemónico dado a priori y de evidenciar los procesos sociales y culturales que apoyan la construcción de los procesos de etiquetamiento y discriminación que ciertamente evidencian las relaciones de poder y de privilegio existentes entre los sujetos de una sociedad.

Por otro lado, hay que considerar que los sujetos tampoco son identidades estables y fijas, lo que dibuja la realidad de una persona concreta tiene que ver con las relaciones que establecen consigo mismo, con los otros y con las distintas y variadas organizaciones sociales. Así que las discriminaciones se entrelazan y se manifiestan de modos e intensidades distintas en cada sujeto.

De esta manera la perspectiva interseccional colabora con la elaboración de una crítica a las políticas identitarias apuntando que estas contienen serios límites. La autora Jasbir Puar considera que las políticas identitarias crean ciertas identidades con el objetivo de luchar por derechos, pero con esto pueden reforzar los procesos del etiquetamiento y estigmatización de parte de la población, así como la formación de concepciones y políticas que buscan jerarquizar y promover competición entre luchas de diferentes desigualdades que despistan el enfoque de las cuestiones fundamentales. Así que propone que se abandone el modelo



identitario y las políticas basadas en sus principios, pues estas expresan narraciones de la excepción frente a la mayoría (Puar, 2007, 2011).

Puar defiende que el análisis de las formas de opresión debe dirigirse al estudio de los agenciamientos o ensamblajes.

la interseccionalidad trataría de comprender las instituciones políticas y cómo protegen las normas sociales y ver su administración disciplinante, mientras que los agenciamientos son una manera de reintroducir lo político en las políticas, preguntarse por las prioridades e ir más allá de lo establecido (Puar, 2011, p.38)

De acuerdo con Puar (2011), la perspectiva interseccional busca agregar tanto los aspectos macro como los microestructurales y se produce como una herramienta capaz de reflejar no sólo sobre los agenciamientos y la discriminación múltiple de maneras apartadas, sino también destacar y promover críticas a los patrones heteronormativos que se imponen entre los estudios de los grupos minoritarios.

Hay que tener en cuenta que al enfocarse en los grupos minoritarios muchas veces se olvidan los patrones dominantes y, con esto, se refuerzan los estigmas de los grupos minoritarios y se contribuye con la producción de los patrones normalizadores que intervienen en los individuos y la población.

La naturalización y normalización de ciertos patrones dominantes hace que los sujetos no tengan conciencia de la diversidad y de las desigualdades que atraviesan la vida humana, es decir, las personas no se perciben como sujetos



interseccionales. El sujeto dominante varón, blanco, heterosexual, europeo, urbano, sin diversidad funcional, a lo mínimo, puede mirar su identidad y sus experiencias desde una posición determinada de sujeto privilegiado que le aleja de las diferentes fuentes de desigualdad y de los procesos de exclusión social. Así, las

situaciones estructurales que vive buena parte de la población y que van a sustantivar sus vivencias, de manera que las personas somos identificadas socialmente por nuestros “síntomas”, llegando a “convertirnos” gracias a un proceso de sinécdoque en una sola parte que representa un todo, y ser etiquetadas o señaladas en términos identitarios de forma reductiva (Platero, 2012, p.22).

En este sentido no se puede olvidar que las personas son atravesadas por afectos y valores que marcan la multiplicidad de sus modos de vivir. Las clasificaciones morales, muchas veces desarrolladas desde los marcos médico y jurídico, captan las experiencias de los sujetos situados y las transforman en discriminaciones múltiples que promueven formas de opresión y resistencias individuales y colectivas.

La interseccionalidad contribuye también para hacer visible estos procesos de apagamiento social, en la medida en que explora las especificidades, dando espacio a distintas voces y dibujando los cuerpos abyectos, “los cuerpos no verdaderos en la encrucijada de los discursos sobre el cuerpo verdadero, haciendo visible el cuerpo de la mujer, el cuerpo gay, el cuerpo joven, el cuerpo del enfermo de VIH/ SIDA” (Platero, 2012, p. 51).





Platero comenta que las políticas mayoritarias acaban por ignorar ciertas anatomías del detalle y reproducir micro-exclusiones dentro de las macro categorías de exclusión. Así, desde la interseccionalidad se puede notar que muchos problemas permanecen inarticulados, invisibles o simplemente ausentes de la agenda política (Platero, 2012, p. 47).

Poner en primer plano las personas concretas, sus necesidades, sus movimientos y desplazamientos, las narraciones de sus realidades, sus creaciones subjetivas del yo y sus modos de lucha, supervivencia y afrontamiento de los problemas son algunas de las tareas planteadas por los estudios y acciones interseccionales. Esta propuesta se articula a la noción de sujeto situado, que propone pensar el sujeto desde la mirada de un ser en constante tránsito y transformación que es producido por acciones concretas y ciclos de devenir que son fuentes de resistencia y empoderamiento (Haraway, 1995).

Aunque la interseccionalidad está siendo utilizada en diversas líneas de investigación, no hay muchas investigaciones sobre los usos de drogas desde este marco teórico. Hasta el momento, parece que la perspectiva de género se viene destacando en los estudios del tema (Meneses, 2010; Romo, 2012, Jiménez Rodrigo, 2011). Estos estudios han intentado problematizar cómo las drogas son un campo de investigación e intervención que sigue siendo tratado de manera genérica, tendiendo a ignorar las diferencias existentes entre los roles masculinos y femeninos, además de no profundizar la comprensión sobre los distintos contextos que atraviesan los usos de drogas (Albertín and Iñiguez, 2008; Albertín, Cubells and Iñiguez, 2011).



Esto también parece pasar en la construcción de las políticas públicas, donde las especificidades y necesidades de distintos grupos minoritarios siguen siendo infrarrepresentadas. La mayoría de los espacios de tratamiento, por ejemplo, constituyen un ambiente fuertemente dominado por la presencia de hombres consumidores, que de modo invisibilizado dictan el funcionamiento de los servicios.

En muchos casos la preponderancia de la presencia masculina también actúa de manera a reproducir situaciones de prejuicios y estereotipos discriminatorios en relación a las mujeres consumidoras y personas de género no binario. Queda claro que la culpabilización y estigmatización de los usos femeninos y no binarios de drogas es un eje de análisis muy importante dentro de los estudios sobre drogas que incluso ayuda a comprender la resistencia de estas personas a reconocer sus dificultades en romper sus pautas de consumo y buscar ayuda (Meneses, 2006, 2010).

Otro aspecto bastante discutido en las investigaciones de género es la tendencia de que las mujeres hacen más usos problemáticos de drogas legales que ilegales (Romo, 2006; Jiménez Rodrigo, 2010). Sin embargo, el avance en los procesos de emancipación femenina y las transformaciones en las masculinidades contemporáneas también ha contribuido con cambios importantes en lo que dice respecto al uso de drogas entre las mujeres (Roig Forteza, 2017).

Así, una perspectiva de género que no es interseccional se mostrado insuficiente para comprender la variabilidad de los usos de drogas y sus efectos entre colectivos aún más minoritarios, como es el caso del consumo en los contextos



Chemsex<sup>3</sup>, entre las personas transexuales y las de agénero<sup>4</sup> (Preciado, 2008; Martin 2016, 2020).

En este sentido se puede afirmar que

La aplicación de la perspectiva de género en el estudio de los usos de drogas ha supuesto un importante avance al revelar los efectos del androcentrismo y del sexismo en el conocimiento producido en este ámbito, contribuyendo a la revelación de las experiencias de las mujeres en relación a la drogas, así como de sus necesidades y problemáticas dentro de un contexto social de desigualdad entre los sexos, y por tanto susceptible de ser transformado por las políticas públicas. No obstante, la perspectiva de género puede ocultar al mismo tiempo otras realidades si no se tienen en cuenta otras dimensiones de la desigualdad como las étnicas, raciales, de clase o etarias, entre otras. En este sentido, estudiar el uso y el abuso de las drogas desde la óptica de la interseccionalidad representa un desafío necesario de ser asumido. Así, se permitiría la visibilización de mujeres y hombres en posición más vulnerable como de aquellos grupos no etiquetados como marginados, pero que presentan necesidades y demandas específicas en relación a sus consumos de drogas que podrían derivar en estigmas interseccionales (Jiménez Rodrigo & Guzmán Ordaz, 2012, p. 91).

---

<sup>3</sup> El término “Chemsex” fue creado por David Stuart (2013) y quiere decir “el uso de cualquier combinación de drogas incluyendo la metanfetamina cristalizada, la mefedrona (y otras catinonas) y/o los GHB/GBL, con la única finalidad de tener sexo gay”. Está relacionado con los contextos actuales de experimentación del placer y sexo gay (p.1).

<sup>4</sup> Agénero, **sin género** o neutral es la **persona** que no **se** ve a sí misma ni como hombre ni como mujer, que no se define desde una identidad de **género** o que prefiere no se expresar desde un **género**.



Desde la perspectiva interseccional encontramos el trabajo de Maher (1997) y Sales (2009) sobre la participación de las mujeres en los mercados de drogas y sus experiencias de desigualdad interrelacionadas a las condiciones de clase social y raza. El estudio de Joseph (2006) sobre mujeres detenidas por tráfico y uso de drogas y sus intersecciones con la etnia y nacionalidad, además del estudio Holloway, Valentine y Jayne (2009) sobre las diferencias inter e intragénero en el consumo de alcohol. También la investigación de Windsor y Dunlap (2010) sobre las diferencias de las políticas de drogas en mujeres de minorías étnicas con condiciones socioeconómicas desfavorecidas y de Windsor, Benoit y Dunlap (2010) sobre las opresiones vividas por mujeres negras usuarias de drogas.

En el contexto español podemos citar aún el estudio sobre el consumo de drogas entre las mujeres migrantes (Meneses Romo, Uroz, Gil, Márquez, Giménez, y Vega, 2009) y las que ejercen trabajo de prostitución (Meneses, 2010), la investigación de jóvenes y adolescentes de minoría gitana (Rodríguez García de Cortázar; García, León, Calleja y Avilés, 2007) y el estudio de Roig Forteza (2017) sobre accesibilidad y barreras en los centros reducción de daños a las mujeres que usan drogas.

Estos estudios demuestran que los análisis interseccionales en el campo de las drogas son bastante amplios, no existiendo un único camino de interpretación desde este marco teórico.

Según Jiménez Rodrigo y Guzmán Ordaz (2012), una de las rutas de análisis interseccionales son las experiencias invisibilizadas en que se plantean reflexionar sobre las diferencias existentes dentro de grupos intracategoriales marginados u



oprimidos como es el caso de las mujeres de más edad y de etnias y clases sociales distintas.

Otra línea de investigación se enfoca en explorar las diferentes dinámicas de opresión que atraviesan los grupos intercategoriales, trabajando con las experiencias de grupos etiquetados y/o grupos no etiquetados como marginados u oprimidos. Esta perspectiva busca explorar los dispositivos reveladores de los procesos de organización del poder, presentando los elementos moduladores que inciden sobre los diferentes grupos regulando sus prácticas.

La noción de estigma interseccional propuesta por Simien (2007) contribuye con el entendimiento interseccional de cómo se produce las relaciones de privilegio y desventaja entre las experiencias de las personas consumidoras.

También la noción *drugism* de Windsor, Benoit y Dunlap (2010) ayuda a pensar sobre el eje de subordinación de los usos de drogas en intersección con otros ejes de desigualdad. Sus estudios resultan interesantes para pensar sobre las dimensiones de opresión que inciden sobre los comportamientos y estereotipos identificados como funcionales o disfuncionales de las mujeres negras consumidoras. Además, ejes como la familia, la salud o la moralidad también son considerados como referentes para legitimar los procesos de criminalización y medicalización dirigidos hacia estas mujeres.

Hay también otra perspectiva de análisis que se centra en la producción de las desigualdades de modo sistémico dando visibilidad a las interacciones de diferentes contextos como la familia, la educación, el mercado de trabajo, la vivienda, las relaciones con los servicios sociales, de salud y las experiencias con drogas (Windsor y Dunlap, 2010).



Por medio de esta perspectiva se argumenta que las desigualdades en los usos de drogas están atravesadas por las políticas de drogas que en su mayoría fueron producidas bajo concepciones sexistas, etnocéntricas y androcéntricas. A su vez las políticas de drogas son generadoras de sesgos que impactan de distintas formas en diferentes grupos sociales, además de generar intervenciones que no atienden a las necesidades de ciertos colectivos empujándolos a situaciones de marginalidad y criminalización.

De acuerdo con Jiménez Rodrigo y Guzmán Ordaz (2012), hay tres principios fundamentales que se debe considerar en los estudios interseccionales: que los grupos no son homogéneos; que las personas son atravesadas por las relaciones de poder y se encuentran en distintas posiciones dentro de categorías sociales como el racismo, el clasismo, el heterosexismo, el patriarcado y que las interacciones e intersecciones producen múltiples impactos en las personas consumidoras.

En este sentido, el enfoque interseccional ayuda a comprender cómo cada vivencia de una persona consumidora es atravesada por una interrelación de organizadores sociales que no puede ser reducida a una única causa como la droga, pues los impactos interseccionales son siempre múltiples y las atraviesan y se entrelazan componiendo formas de opresión y resistencia únicas.

Cuestionar las interpretaciones estereotipadas y criminalizadas tradicionalmente hegemónicas en este campo, abre nuevas perspectivas de estudio e intervención frente al problema del uso de drogas que consideren la complejidad y diversidad de colectivos involucrados y a sus experiencias y necesidades.

Por esto se cree que estudiar a las personas que se quedan en los márgenes, entre los límites de los riesgos y daños contribuye con la producción de un análisis



crítico del poder y de los procesos de producción de las formas de normalización.

Desde la perspectiva interseccional, también es fundamental crear redes con los sujetos que hacen un trabajo de resistencia y participan de la producción de estrategias creativas de enfrentamiento a las dificultades experimentadas por las personas consumidoras cuyas realidades, en general, no se tiene en mente. Esta doble articulación puede colaborar con la formación de una perspectiva que tiene como objetivo actuar desde la integralidad y multidimensionalidad.

### *6.3.2 El dispositivo drogas y el farmacopoder*

A partir de esta idea se reanuda a este marco teórico el ensayo corporal de Preciado (2008) en su libro *Testo Yonqui* donde habla de su proceso de “intoxicación” con testosterona sintética formulando, entre otros conceptos, la noción del farmacopoder para pensar cómo actúan los dispositivos de poder contemporáneos.

El farmacopoder sería una instancia de control característica de la modernidad que actúa confiscando el saber auto experimental de administración de sustancias y privatizando sus prácticas en instituciones jurídico-médicas.

Este diagrama de poder inició en el final de la Edad Media, con la inquisición que pasó a controlar y reprender las prácticas desarrolladas sobre todo por mujeres de clases populares que tenían conocimientos sobre el cultivo, uso, preparación y prescripción de hierbas usadas tanto para cura de enfermedades como para rituales religiosos.

Estas mujeres fueron perseguidas y juzgadas como brujas en un proceso que



culminó en el exterminio de este tipo de práctica y en la formación de un saber científico sobre los fármacos hecho por profesionales hombres expertos en ciencias como la medicina y la farmacología.

En este sentido, con el avance del capitalismo, ocurrió una guerra contra los saberes populares que tenía como objetivo exterminar las experiencias colectivas y corporales con las sustancias que, en su mayoría, estaban asociadas a prácticas de auto experimentación y ciertas prácticas de uso de sustancias hechas bajo rituales que hacían posible una asimilación de las experiencias de intoxicación por medio de la transmisión de símbolos.

La erradicación de estas experiencias fue una de las iniciativas que garantizó el crecimiento y fortalecimiento de la institucionalización de las tecnologías médicas y farmacéuticas que dibujaron nuevas formas de subjetividad y de patologización del consumo de sustancias psicoactivas, actuando en la gestión farmacológica de ciertas identidades modernas como las identidades “drogadictas”, de género y sexuales.

Así como otras drogas, la testosterona es vista por Preciado como una sustancia que se convirtió en el centro de una creciente normalización biopolítica heteropatriarcal. Diferente de las tecnologías disciplinarias, el farmacopoder posibilita que el control pueda ser ejercido libremente en el cuerpo bajo la supervisión del propio individuo que auto vigila su consumo. En este nuevo diagrama señala la aparición de una nueva corporalidad, una plataforma en que el individuo desea “tragar el poder”, “administrarlo”, “meterlo”, “hacérselo con el poder” (Preciado, 2008).

Así, las toxicodependencias serían una patología derivada del farmacopoder,





una especie de cambio en el cuerpo que haría posible producir otro filtro de la percepción a través de la cual pasa el mundo, una experiencia de placer que sigue deseando, sin posibilidad de saciedad. Donde “no nos queda más remedio que chupar el ser”.

Por tanto, en el farmacopoder ya no son los sujetos los que hacen la gestión del deseo y del sentido de habitar el propio cuerpo, esta práctica fue alejada del yo y privatizada por las industrias médicas y farmacéuticas.

Sobre su experiencia personal Preciado reflexiona que le gustaría haber podido caer en alguna adicción:

tener la seguridad de poder agarrarme definitiva y químicamente a algo, a una sustancia. En el fondo, yo esperaba que la testosterona fuera esta sustancia. Engancharme no a una subjetividad, sino a la modificación que produce la ingestión de un objeto sin voluntad en mi propio organismo. No depender de nadie para esa ingestión. Confrontar mi voluntad a un objeto que carece de voluntad; mi deseo a un objeto que carece de deseo. Saber que el ideal se cierra entre una sustancia inanimada y yo. Saber que existe una molécula en el mundo exterior que podría venir a formar parte de mi metabolismo afectivo, una molécula que podría librarme del peso, del sonido, del sabor, del color de la realidad pura. Hasta ahora nunca he podido engancharme a nada. Ni al tabaco, ni a la coca, ni a la heroína, a nada. Me pregunto si podré engancharme a la testosterona. Lo que sé con toda seguridad es que, en un nivel molecular, la batalla de la adicción ya ha comenzado (Preciado, 2008, p. 168).



Preciado piensa aún que la testosterona es una droga que fue instalada en la frontera de lo legal y lo ilegal. En su relato va quedando claro cómo una sustancia como la testosterona, que es un elemento producido por el propio cuerpo humano, se convierte en una droga ilegal cuando su uso se vuelve para ser consumido por una “mujer”.

En los prospectos de testosterona Preciado no encuentra ninguna recomendación sobre dosis, efectos, riesgos destinados a una orientación sobre el autoconsumo ni tampoco al consumo femenino, esto es algo que se queda totalmente silenciado y relegado al dominio médico.

Así que el silenciamiento sobre este tipo de consumo se convierte a quien se atreve a hacerlo en un *“esperar que lleguen los efectos de esta droga sin saber exactamente cuáles serán ni cómo ni cuándo se manifestaran”* (Preciado, 2008, p. 54).

Preciado se cuestiona entonces si no es exactamente esto lo que pasa con la experimentación de la mayoría de las personas con las drogas en la actualidad? Este tipo de consumo marginalizado hace pensar también que la prohibición de las drogas ocurrió no cuando estas fueron fabricadas y si cuando dejaron de ser consumidas bajo ciertas formas de control y pasaron a ser usadas de forma independiente por las personas con fines personales o recreativos.

Así explica, *“es un modo de trazar una frontera política al consumo”*, por tanto se puede decir que la ilegalidad de las drogas tendría esta función política delineativa (Preciado, 2008, p.53). Tan pronto Preciado empieza su uso, va a experimentar la fuerza de la conexión existente entre el consumo de drogas y las



cadena de autovigilancia y autocontrol que demuestran que ninguna experiencia con drogas es una experiencia apartada de los valores morales que atraviesa la sociedad en que se vive.

Apenas he empezado y ya me comporto como una adicta a una sustancia ilícita. Me escondo, me vigilo, me censuro, me contengo. Al día siguiente, casi a la misma hora de la noche, me administré la segunda dosis de 50 miligramos. El tercer día, la tercera dosis. Durante esos días y noches escribo el texto que acompañará al último libro de fotografías de Del. No hablo con nadie, solo escribo (...). La escritura es el lugar en el que habita mi adicción secreta y, al mismo tiempo, el escenario en el que mi adicción sella un pacto con la multitud (Preciado, 2008, p. 48).

Hay que considerar también que el consumo independiente y el placer son considerados fuentes de amenaza a los dispositivos de control, pues parecen estar conectados a los movimientos de transformación de las personas. Desde su experimentación, Preciado habla de cómo la testosterona está, en aquel momento, ligada a sus deseos de expansión y de cambio de los patrones dominantes que rigen la sociedad.

Se desvanecen absolutamente todas las sensaciones desagradables. A diferencia del speed, el movimiento interior no es ni agitación ni ruido. Simplemente, el sentimiento de estar en adecuación con el ritmo de la ciudad. A diferencia de la coca, no hay distorsión de la percepción de sí, ni logorrea, ni sentimiento de superioridad. Solo una impresión de fuerza que refleja la capacidad expandida de



mis músculos, de mi cerebro. Mi cuerpo está presente. A diferencia del speed y de la coca, no hay descenso inmediato. Pasados unos días, el movimiento interior se calma, pero la sensación de fuerza, como una pirámide que ha sido desvelada por una tormenta de arena, permanece.

¿Cómo explicar lo que me ocurre? ¿Qué hacer con mi deseo de transformación? ¿Qué hacer con todos los años en los que me he definido como feminista? ¿Qué tipo de feminista seré ahora, una feminista adicta a la testosterona, o más bien un transgénero adicto al feminismo? No me queda otro remedio que revisar mis clásicos, someter las teorías a la sacudida que provoca en mí esta nueva práctica de administración de testosterona. Aceptar que el cambio que tiene lugar en mí es la mutación de una época (Preciado, 2008, p. 24).

Para l' autore, las transformaciones del presente están relacionadas a un nuevo tipo de capitalismo farmacopornográfico productor de nuevos dispositivos de control reunidos por una arquitectura global difusa compuesta por ejes como la informática, la comunicación mediática, la pornografía y la elaboración de drogas legales e ilegales que mueven la economía entre un hilo que va desde la miseria hasta la alta concentración de capital.

Preciado llama este nuevo programa político, marcado por el “*chute y la eyaculación*” de la sociedad farmacopornográfica. En esta sociedad, *las tecnologías entran a formar parte del cuerpo, se diluyen en él, se convierten en cuerpo. Aquí la relación cuerpo-poder se vuelve tautológica: la tecnopolítica toma la forma del*



*cuerpo, se incorpora* (2008, p. 66). Estas tecnologías son, por lo tanto, tecnologías blandas, tecnologías aspirables, tecnologías inyectables, tecnologías incorporables y el cuerpo no solo será controlado por su inserción en espacios disciplinares, más también será habitado por estas tecnologías blandas de control.

Recuperando el pensamiento de autoras feministas como Teresa de Lauretis y Judith Butler, Preciado va a reforzar su preferencia por el término tecnologías al término opresión y por el término género al término mujeres. Según le autore, las tecnologías producen ficciones somáticas tales como el sexo, la sexualidad, el género y la raza que a su vez actúan codificando y modelizando la subjetividad. El conjunto de tecnologías puede funcionar como instrumentos de normalización y control político visto que está compuesto por un sistema de reglas, normas sociales y prácticas discursivas y corporales que producen performativamente el sujeto (Preciado, 2008).

Bajo la aparente neutralidad y universalidad del término <<mujer>> se ocultan una multiplicidad de vectores de producción de subjetividad: en términos de raza, de clase, de sexualidad, de edad, de diferencia corporal, geopolítica, etc. Dicho en términos lauretianos, el sujeto del feminismo es inevitablemente excéntrico, no coincide con <<las mujeres>>, sino que se presenta como una fuerza de desplazamiento, como una práctica de transformación de la subjetividad (Preciado, 2008, p.83).

En este sentido, el término mujer es considerado una reapropiación y normalización de sujetos excéntricos. En este escenario, la ciencia gana un estatus



de autoridad material y adquiere la capacidad de fabricar la realidad ficticia, compuesta por sujetos performativos producidos por un conjunto de tecnologías informáticas, farmacológicas y de domesticación del cuerpo que separan las personas de sus experiencias del yo y de vida (Preciado, 2008, p. 88).

Para Preciado, el principal hecho de este momento histórico sería lo de transformar el sujeto en sustancia de manera que las subjetividades “*se definen por la sustancia (o sustancias) que domina sus metabolismos, por las prótesis cibernéticas a través de las que se vuelven agentes, por los tipos de deseos farmacopornográficos que orientan sus acciones*” (Preciado, 2008, p.33). No habría nada más que desvendar o hablar sobre el sujeto, pues lo que importa es su “designer” en cuanto sujetos alcohol, sujetos cannabis, sujetos cocaína, sujetos ritalina, sujetos silicona, sujetos anabolizantes, etc.

Así, los principales recursos de esta nueva presentación del capitalismo son extraídos de este tecnocuerpo adicto y sexual que es controlado mediante un proceso productivo de estados mentales y psicosomáticos de excitación, frustración, erección, eyaculación, placer, relajación, descarga, omnipotencia y autocomplacencia e incluso el dinero va se transformando poco a poco en un objeto abstracto de efecto psicotrópico.

El tecnocuerpo es una noción acuñada por Donna Haraway (2004) para exprimir las características de este cuerpo del siglo XXI que construye las nociones de sujeto y objeto como articulaciones de lo natural y lo artificial, presentándose como una extensión de las tecnologías de comunicación, de manera que el poder pasa a funcionar por medio del control sobre esta plataforma tecnoviva que está constantemente conectada.



Este tipo de control domina todas las otras formas de producción imprimiendo una lógica ininterrumpida de consumir y destruir. Y *“de aquí la conclusión: tanto biopolítica (política de control y producción de la vida) como tanatopolítica (política de control y gestión de la muerte) funcionan como fármaco políticas, gestiones planetarias de la potentia gaudendi”* (Preciado, 2008, p.40). La potentia gaudendi es la capacidad total y abstracta de crear placer, la fuerza que transforma el mundo en placer-con y existe solamente como un evento (Preciado, 2008).

De esta manera, se puede decir que el cuerpo no responde sólo pasivamente a las formas de control. El cuerpo puede también convertirse en un *“producto de la reapropiación y del agenciamiento colectivo de ciertas tecnologías del género para producir nuevas formas de subjetivación”* (Preciado, 2008, p. 278).

Así, hay que considerar la existencia de formas de resistencia y acción política que tiene que ver con operaciones de desnaturalización, desmodelización y desidentificación de los conjuntos de tecnologías de género, de raza, del sexo y de la sexualidad. Por lo tanto, incluso bajo refinadas tecnologías de control, las formaciones identitarias vienen pasando por significativas modificaciones que, cada vez más, abren espacios de visibilidad y experimentación de cuerpos y placeres desviantes.

No hay aquí sucesión de modelos que serán superados históricamente por otros, ni rupturas, ni discontinuidades radicales, sino simultaneidad inconexa, acción transversal de varios modelos somato políticos que operan y constituyen, siguiendo diversas intensidades, diversos índices de penetración, diversos grados de efectividad en la producción de la subjetividad (Preciado,



2008, p.94).

Este proceso de desdibujar las fronteras de la normalidad hace pensar que de la misma forma que el modelo binario hombre-mujer se está transformando, el modelo dual abstinencia-dependencia viene pasando por unos cambios irreversibles. La abstinencia se presenta cada vez más como una estética fallida, un estilo que puede ser imitado, exaltado o denegrido, ya que no se puede escapar de la condición de consumidor de alguna droga, de una u otra manera.

Como vimos, las fronteras entre lo legal y lo ilegal también son extremadamente sutiles y la misma droga consumida para controlar también puede ser usada para impulsar procesos de transformación identitarias. Así Preciado dice

No tomo testosterona para convertirme en un hombre, ni siquiera para transexualizar mi cuerpo, simplemente para traicionar lo que la sociedad ha querido hacer de mí, para escribir, para follar, para sentir una forma post-pornográfica de placer, para añadir una prótesis molecular a mi identidad transgénero low-tech hecha de dildos, textos e imágenes en movimiento, para vengar tu muerte (Preciado, 2008, p. 20).

Como se puede notar, las razones por las cuales una persona empieza el consumo de una sustancia son siempre muy particulares y pueden no estar relacionadas exclusivamente a formas de patologización, más también con la posibilidad de agenciar elementos nuevos al proceso de experimentación de la vida.

Así, las sustancias también pueden operar como potencia, pues tienen el





poder de producir un cambio de estado. De manera que drogarse también puede ser una experiencia de mezclarse, de experimentar el placer, de no ser una única identidad, una manera de disfrutar del placer de la multiplicidad, de transformarse y multiplicarse.

El alcohol, el tabaco, el hachís, la coca, la morfina no son únicamente túneles sintéticos por los que escapar de la realidad, sino reveladores del alma del sujeto occidental moderno, microtecnologías del alma, transformadores químicos de los que emergen las nuevas prácticas fantasmáticas del siglo XX: la autoficción, el rock, la pintura impresionista y expresionista, la performance ... La subjetividad moderna es la gestión de la autointoxicación en un medio ambiente químicamente nocivo (Preciado, 2008, p.252-253).

En este sentido, el uso de drogas está ligado a procesos de desidentificación, de cambio que atraviesa no sólo la subjetividad, sino también el contexto en que se vive. Bajo el consumo de cierta sustancia, el espacio por donde los sujetos se mueven también se transforma, de manera que las ciudades también son los modernos campos de experimentación para estos procesos de descomposición.

Como dice Preciado, todas las drogas son políticas y las ciudades reflejan el contexto del uso que se compone de circuitos de sublimación, consumo y tráfico, procesos que dan forma a la vida urbana. Por lo tanto, cada “droga-ciudad” hace interconexiones con ciertas sustancias que expresan algo muy significativo sobre las posibilidades de transformación de la realidad de aquel territorio.

Por tanto, confrontarse con las identidades y decodificar los procesos de



normalización de la vida es una tarea política y de resistencia fundamental para avanzar en la transformación de los modos de vivir, posibilitando aberturas micropolíticas para el devenir y la creación de nuevas formas de subjetivación.

Así, no se debe olvidar que en los márgenes del farmacopoder crecen discursos de resistencia que pueden ser llevados a otras latitudes y que los cuerpos son plataformas que también pueden ser utilizadas de modo activo para la transformación vital.

## 7. LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS DESDE LAS PERSPECTIVAS DE L@S PROFESIONALES, USUARIOS Y USUARIAS

En este apartado se presentará las perspectivas de l@s profesionales, usuarios y usuarias entrevistados sobre la reducción de daños y riesgos. Por tanto, se describe la metodología y las técnicas de investigación utilizadas y luego se pasará a tratar las categorías resultantes donde se discutirá sobre diferentes ejes el tema propuesto.

### **7.1 Metodología**

#### *7.1.1 Metodología cualitativa y técnica de investigación*

La construcción de este estudio se basó en el método de investigación



qualitativa que busca comprender cómo el objeto en cuestión funciona en la realidad social, qué significado adquiere para l@s participantes y cómo los sujetos e instituciones se relacionan e interactúan con él en el día a día.

De acuerdo con Romaní (2004), en los estudios sobre el fenómeno de las drogas es necesario un proceso de inmersión en el ambiente investigado que posibilite interactuar directamente con los diferentes actores para conocer su realidad y su cultura.

Los datos fueron extraídos tanto de un estudio de los documentos internacionales, españoles y catalanes que orientan y fundamentan los programas de reducción de daños y riesgos, sobre todo aquellos existentes en la región de Cataluña (ES), así como de algunas experiencias de profesionales, gestores, usuarios y usuarias compartidas por medio de entrevistas y de un trabajo de observación participante realizado en los contextos de trabajo y tratamiento entre los años 2019 y 2020 en la área metropolitana de Barcelona (ES).

## **7.2 Procedimientos y métodos utilizados para obtener informaciones**

### *7.2.1 La aproximación al campo*

Los primeros contactos con el campo de investigación fueron hechos con la Agencia de Salud de Barcelona (ASB) en el año de 2017, cuando solicité un permiso para realizar una visita al CAS Baluard a la que me contestaron positivamente. Esta visita fue muy importante para empezar la construcción del problema de esta investigación.



En el año 2018, teniendo en cuenta mi aprobación en el curso de doctorado en la UAB, hice un nuevo contacto con la ASB para presentarme, en este momento como estudiante, y hablar de mi interés en hacer un trabajo de campo en los servicios de reducción de daños y riesgos de Barcelona, pero me recomendaron entrar en contacto cuando efectivamente llegase a la ciudad.

En octubre de 2019 llegué a Barcelona y participé de un curso de drogodependencia promovido por la ONG ABD donde pude hacer visitas en los CAS Baluard, CAS Sarria y en el CAS de Sants. Después de acabar el curso, en noviembre de 2019, empecé a trabajar como voluntaria en el proyecto Energy Control de la ONG ABD.

En enero de 2020, participé de un seminario sobre mujeres y drogas promovido por la Fundación Helia Dones, donde pude conocer un proyecto de reducción de daños y riesgos dirigido a personas del género femenino cuyo nombre es "Metzineres". En febrero hice una primera visita a este proyecto que es un servicio nuevo en la ciudad y que actualmente funciona de manera independiente del gobierno con financiación internacional.

Aún en febrero hice junto con mi directora de tesis un nuevo contacto con la ASB y en esta ocasión pedimos permiso para hacer la investigación en los servicios de Barcelona, pero fue rechazado. La ASB me sugirió contactar con otros Centros de Reducción de Daños vinculados directamente a la Agencia de Salud de Cataluña instalados, sobre todo, en la región metropolitana de Barcelona.

Desde estos contactos tuve finalmente un permiso para desarrollar un trabajo de campo en el Proyecto de Reducción de Daños de la ONG ASAUPAM y en la Área de Reducción de Daños (ARD) del CAS Lluís Companys de Barcelona gestionado



por la ONG Creu Roja. Después de las reuniones de presentación del proyecto, empecé el trabajo de campo utilizando el método de observación participante. Los encuentros realizados en las dos instituciones fueron registrados en un diario de campo.

Desde ASAUPAM, tuvimos una invitación para participar de la Red de Reducción de Daños (Redant) y acompañamos una reunión que este grupo hice en febrero de 2020, todavía con las restricciones impuestas por el COVID-19 no se pudo realizar otros encuentros como se había planificado.

A mediados de marzo de 2020, desafortunadamente, tuvimos que suspender el trabajo de observación tras las normativas de confinamiento por el COVID 19. En julio de 2020 volvimos a los espacios donde nos quedamos hasta principios de octubre, pero en este momento solo nos fue permitido hacer entrevistas individuales con personas usuarias, trabajador@s y gestor@s debido a las restricciones sanitarias.

### *7.2.2 Observación Participante (OP) y Técnica del Shadowing o Sombreamiento (TS)*

Según Pilar Albertín (1999), el trabajo de observación participante es aquel que se lleva a cabo en situaciones de campo con objetivo de obtener una experiencia directa del mundo social que proporciona una comprensión detallada de la escena de los hechos.

La observación participante (OP) permite captar los significados que l@s propi@s interactuantes movilizan en sus contextos cotidianos, y a la vez, permite



hacer visible y situar la mirada de quien o quienes investigan, con un propósito ético-político y epistemológico, lo cual constituye la reflexividad.

Una manera posible de hacer observación participante es por medio del shadowing o sombreamiento. El shadowing (TS) es una técnica de investigación cualitativa en la que el observador acompaña a un usuario durante un periodo de tiempo determinado buscando comprender cómo él utiliza un servicio en un entorno natural. A continuación hablaremos más detalladamente del shadowing.

#### 7.2.2.1 La técnica del shadowing o sombreamiento

La técnica del shadowing o sombreamiento (TS) privilegia la construcción de un proceso de recopilación de datos único para cada investigación. Una de las principales proposiciones de esta técnica es producir datos por medio de la experimentación de los hechos, es decir, desde dentro de los acontecimientos vividos con los sujetos e instituciones (Theron y Sappey, 2012). Se intenta establecer una aproximación del campo, buscando ampliar las condiciones de observación del fenómeno y producir estrategias para comprender cómo el objeto de estudio funciona.

Es importante destacar que este tipo de técnica de investigación no se basa en los principios de neutralidad, por lo tanto, la investigadora no es considerada un sujeto imparcial, sino una agente actuante en el campo que vive una experiencia de intersubjetividad con los demás investigad@s. Este enfoque propone que se haga incluso un análisis de los obstáculos y límites encontrados en el estudio que son considerados como datos relevantes para una mejor interpretación del problema.



En este estudio se utilizaron procedimientos recomendados por esta técnica tales como las observaciones participantes y entrevistas en profundidad. Estas herramientas serán mejor descritas en los apartados siguientes y su aplicación también se basó en los principios de la técnica de sombreado.

De manera general, por medio de las observaciones participantes se buscó conocer diferentes proyectos y acompañar un poco en las actividades cotidianas de las diversas personas interactuantes en lo cotidiano. Con las entrevistas en profundidad se intentó profundizar en la percepción de los diferentes sujetos sobre las cuestiones elaboradas por el estudio.

Todo trabajo de recopilación de datos fue registrado valiéndose de recursos tales como la escritura, grabación y registros fotográficos. Este tipo de registro es conocido como diario de campo y es considerado una herramienta metodológica de la investigación cualitativa que permite transcribir hechos, relatos, impresiones, interpretaciones, comentarios y sentimientos de l@s participantes y de la investigadora permitiendo la producción de un registro espontáneo.

La experiencia de aplicación de la técnica del sombreado ha permitido vivenciar in situ las interacciones cotidianas, construir valoraciones sobre las situaciones acompañadas y profundizar la mirada sobre los sentidos de las prácticas y sus relaciones de poder, abriendo visibilidad a problemas difícilmente observables desde otros métodos de investigación.

El trabajo de observación consistió en las siguientes acciones:

*Tabla 2. Observaciones Participantes (OP)*



<b>Servicio</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Actividades</b>	<b>Frecuencia</b>
ENERGY CONTROL	BARCELONA	CAPACITACIONES ASAMBLEA ACOGIDAS A L@S USUARI@S ANÁLISIS DE SUSTANCIAS	SEMANTAL
CAS LLUÍS COMPANYS	BARCELONA	TALLER RECOGE CAPACITACIÓN DE MANEJO DE SOBREDOSIS ESPACIO DE LAS MUJERES SALA DE CONSUMO ASISTIDO ACOGIDAS CON LA ABOGADA CLUB Y CAFÉ PIX REUNIÓN DE EQUIPO	SEMANTAL
SALA MÓVIL DE CONSUMO ASISTIDO ASAUPAM	BADALONA	ACOGIDAS A L@S USUARI@S PIX	SEMANTAL
CAFÉ EN EL CENTRO CÍVICO DE SANTA COLOMA	BADALONA	REUNIÓN CON PERSONAS USUARIAS Y FAMILIARES	PUNTUAL
ENGANCHATE AL TRABAJO ASAMBLEA QUINCENAL	BADALONA	ACOMPANAMIENTO DEL TRABAJO ACOGIDAS A L@S USUARI@S	PUNTUAL
REDAN'T	BARCELONA	REUNIÓN DE TRABAJADORES DE LOS CENTROS DE REDUCCIÓN	PUNTUAL





		DE DAÑOS DE CATALUÑA	
METZINERAS	BARCELONA	VISITAS TALLER DE CULINARIA	PUNTUAL
CAS BALUARD	BARCELONA	VISITA	PUNTUAL
CAS SARRIA	BARCELONA	VISITA	PUNTUAL
CAS SANS	BARCELONA	VISITA	PUNTUAL

Así pues, la observación participante y la técnica de sombreado se realizó entre octubre del año 2020 hasta julio de 2021 dedicando unos 100 días en su realización y tomando notas en un diario de campo.

#### 7.2.2.2 Dificultades y limitaciones

El contexto de la pandemia del COVID 19 dificultó la realización de trabajo de campo más prolongado. A mediados de marzo de 2021, las orientaciones gubernamentales de confinamiento domiciliario estricto provocaron la interrupción de las observaciones participantes que se estaban realizando.

Luego, en julio hubo la liberación y el retorno al campo, pero debido a las restricciones sólo nos fue permitido hacer entrevistas, así mismo tomando todas las precauciones recomendadas.

La investigación entonces siguió su curso por medio del instrumento de las entrevistas en profundidad que será mejor explicado en el próximo apartado.



### 7.2.3 Entrevistas en Profundidad (EP)

Por entrevistas en profundidad (EP) se entiende las entrevistas cualitativas no directivas y abiertas. Tienen mucho en común con la observación participante, pues se trata de un intercambio de ideas, donde las personas informantes actúan como observador@s de la investigadora, “son sus ojos y oídos en el campo” (Taylor y Bogdan, 1987; p.102). En este tipo de entrevista es recomendable que se cree una atmósfera más informal que posibilite que l@s informantes se sientan a voluntad de expresarse libremente. Así mismo la propia investigadora también es considerada instrumento de la investigación.

Así desde este instrumento metodológico, los encuentros entre investigadora y las personas informantes son dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas de l@s informantes respecto a los acontecimientos y actividades que no están accesibles de otro modo. Es decir, es posible por medio de este instrumento conocer el mundo a través de los ojos del informante e introducir en sus experiencias de vida (Shaw, 1966). Además, a l@s informantes se les pide que describan lo que sucede en los hechos estudiados y el modo en que otras personas perciben las situaciones, escenarios o personas.

La selección de personas entrevistadas se ha realizado a lo largo del proceso de investigación del campo en los diferentes servicios. Fue privilegiado no el número de entrevistados, sino “el potencial de cada caso” y la diversificación de personas entrevistadas con objetivo de alcanzar una gama amplia de perspectivas interseccionales (Glaser y Strauss, 1967).

Se utilizó la técnica de la bola de nieve para constituir el grupo de informantes, así que se empezó con algunas personas elegidas a través del



contacto establecido a lo largo de los encuentros de observación participante y ellos nos presentaron a otros.

Básicamente, la inclusión en el grupo de informantes se basó en los siguientes criterios: profesionales que trabajan en los servicios de reducción de daños y riesgos directa o indirectamente en la Provincia de Cataluña. Usuarios y usuarias de estos servicios. Todas las personas fueron informadas sobre los propósitos de la investigación y firmaron el consentimiento informado. En cada servicio buscamos entrevistar por lo menos la coordinación, 1 profesional del ámbito sociosanitario y 1 usuario. El género fue otra categoría considerada en el proceso de selección. Además, intentamos entrevistar a algunos técnicos municipales que están en la gestión del plan de drogas de Cataluña.

Las entrevistas siguieron un guión (ver anexo 3 y 4), tanto para profesionales como para usuarios. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. En las tablas a seguir se muestran los informantes clave entrevistados:

Tabla 3. Entrevistas en Profundidad con Profesionales

<b>Cargo y/o rol institucional</b>	<b>Formación</b>	<b>Institución o Servicio</b>	<b>Otras</b>
Director del Área de Drogas	Educador Social	ONG ABD	
Presidenta	Psicóloga	ONG ABD	
Gestora del CAS	Psicóloga	Creu Roja	



Gestor del área RDR del CAS	Educador Social	Creu Roja	Migrante No binario
Especialista-Técnico	Médico	Creu Roja	
Especialista-Técnico- (CAS Baluarte y Sala de Venopunción de la Mina)	Enfermero	Creu Roja	
Presidenta y coordinadora de proyectos	Trabajador a Social	ASAUPAM	
Tesorera y coordinadora de proyectos	Trabajador a Social	ASAUPAM	
Agente de intervención educativa en zonas calientes PIX y Proyecto Engánchate	Educación Secundaria (ESO)	ASAUPAM	Usuaría/Ex_usuaría
Agente de intervención educativa en zonas calientes PIX y Proyecto Engánchate	Educación Secundaria (ESO)	ASAUPAM	HIV+ Usuario/Ex_usuario
Agente de la EPA. Sala móvil de venopunción asistida	Educación Secundaria (ESO)	ASAUPAM	Usuario/Ex_usuario



Técnica responsable por el seguimiento del voluntariado	Trabajador a Social	Energy Control	Usuaría/Ex_usuaría
Técnico responsable por el seguimiento del proyecto CHEM SAFE	Psicólogo	Energy Control	Usuario/Ex_usuario No binario
Técnica del Área de drogas	Enfermera	Agencia de Salud Cataluña	
Coordinador del Área de drogas	Médico	Agencia de Salud Cataluña	
Especialista-técnico del CAS Brians (Bus metadona y profesor universitario)	Enfermero Antropólogo o	Agencia de Salud Cataluña	

Tabla 4. Entrevistas en Profundidad de los Usuarios y Usuarías

Consumo y sexo	Edad	Nacionalidad	Institución de seguimiento	Otros
USUARIA	51 años	Española	ASAUPAM Engánchate	Madre de 1 hija. Usuaría



				del CAS
USUARIO	22 años	Español	ASAUPAM Engánchate	Adulto joven
USUARIO	31 años	Español	ASAUPAM Engánchate	Deficiencia y Patología dual. Usuario del CAS
USUARIO	62 años	Español	ASAUPAM Engánchate	Usuario más antiguo del proyecto. Usuario del CAS
USUARIO	34 años	Migrante	ASAUPAM Engánchate	Usuario de Salas de consumo

A continuación se recogen algunas percepciones y comentarios del trabajo de campo de la investigadora que dan cuenta del contexto donde se produce la interacción con l@s informantes.

L@s profesionales informantes son personas que demuestran tener mucha *voluntad de romper con lo que está puesto, pero no funciona bien* (EP1). Son personas que tienen ganas de luchar para cambiar las cosas y buscar otras maneras de hacer.

Una característica de l@s profesionales que actúan en RDR entrevistados es la persistencia ante las dificultades impuestas, sobre todo, en lo que dice respecto a los momentos de implementación de nuevos retos y proyectos.

Las personas entrevistadas se destacan por sus rasgos de valentía, demuestran estar siempre dispuestas al trabajo, incluso a superar imposiciones y



normas.

A ell@s se les encanta trabajar en defensa de la vida y por la garantía de derechos mínimos principalmente cuando el trabajo se dirige a aquellas personas que anteriormente estaban totalmente abandonadas en espacios de consumo activo.

Un atributo observado es la flexibilidad, esto se puede percibir en las narrativas tal como cuando uno de los entrevistados comenta:

*Pienso que hemos querido normativizar muchas veces las cosas y hay que ser mucho más flexible, con cabeza, con cuidado, con educación y pactando cosas. Intentar ser más amplio (...) la razón se va construyendo con el tiempo (EP16, 19).*

L@s entrevistas también apuntan que son atributos de los profesionales la empatía. *El ponerse en el lugar de los demás, intentar entender lo que está pasando con el otro (EP9)*. Les encanta el contacto con las personas consumidoras. Ell@s creen que el contacto es fundamental para generar autenticidad, información, intimidad.

Una habilidad importante destacada por l@s entrevistados es la importancia de tener una coordinación y comunicación muy activa, trabajar siempre en red y respetar siempre el trabajo de los otr@s profesionales.

En general los entrevistados apuntan que es importante tener una postura de aprendiz y apertura para estar siempre adaptándose para atender a las necesidades y los diferentes momentos de las personas consumidoras.

Además de esto destacan la importancia de tener disponibilidad para salir de



los espacios institucionales tradicionales y trabajar donde las personas consumidoras están, es decir, realizar trabajo in situ.

En cuanto a l@s informantes usuarios y usuarias de sustancias se puede decir que están muy relacionadas con el tema que se suele llamar “el código postal” (EP16). Es decir, son personas que provienen de ciertos barrios periféricos o deprimidos de los alrededores de la ciudad u otros pueblos.

Suelen ser de etnia gitana, o personas mestizas, con un nivel socioeconómico bajo, debido a las condiciones de consumo y a las dificultades que comporta el mantenimiento del trabajo como medio de vida.

Tal como nos explica una persona entrevistada (EP16) también se puede encontrar personas que vienen de historias de emigración interior (de dentro de España) y, más reciente, personas que vienen de procesos migratorios (muchas gente del norte de África del Magreb, gente de Europa del Este: Bulgaria, Rumania y sobre todo Georgia), usuari@s principalmente de heroína. Estos últimos son personas que no tienen papeles (no están regularizadas), que tienen muchas dificultades para acceder a los servicios sociales y tener oportunidades laborales (EP16). Además no se puede olvidar de la migración italiana también llamada de “fenómeno italiano”. A este respecto una de las personas entrevistadas explica

*En Barcelona es muy común encontrar italian@s que migraron para acá. Pues, en Italia la cultura es muy distinta, ellos son más moralistas que en Barcelona. De manera general, allí o eres un chico de clase alta o eres un punk. Como en Barcelona ha habido mucho movimiento libertario, sobre todo, con respecto al consumo de drogas y también hay servicios de atención a las*





*drogodependencias, el clima es parecido, ambos países provienen de una raíz latina, muchos consumidores de drogas italianos han ido migrando para acá (EP16, 63).*

En cuanto a las mujeres consumidoras este sigue siendo un tema minoritario, pero si se observa desde los servicios de drogas de Barcelona, existe una preocupación creciente en cuanto al tema de la perspectiva de género.

El contacto con l@s usuari@s fue facilitado por l@s profesionales de los servicios específicos de atención a las drogodependencias. Les comentaba, y si había una aceptación por parte de ell@s, concretamos un día con los profesionales y nos encontrábamos en el servicio, lugar donde se realizaban las entrevistas.

El día de la entrevista, cuando llegaba l@s usuari@s ya sabían sobre qué significaba mi presencia allí. Así mismo, antes de empezar con las preguntas les explicaba sobre mi investigación y les pedía que leyeran y firmaran el formulario de consentimiento. Tod@s fueron muy amables y disponibles en ayudarme, en diferentes momentos. Incluso cuando me reconocían en otros servicios iban a mi encuentro a preguntar cómo iba avanzando mi investigación.

#### *7.2.4 Consideraciones éticas y legales*

En el caso de esta investigación y de acuerdo con el Código de Buenas Prácticas de la Escuela de Doctorado de la UAB, las personas investigadas fueron informadas sobre el propósito, las molestias y posibles riesgos y beneficios de la investigación, así como la confidencialidad de los datos y los resultados obtenidos



en la obtención del consentimiento explícito, específico y escrito (ver anexo 1 y 2).

Además, es importante marcar el compromiso de guardar la debida confidencialidad sobre todo lo que se pueda conocer de las personas que participarán del proyecto, de acuerdo con lo que establecen las normativas vigentes. Así esta investigación está sometida, en particular, a la Ley 14/2007 de investigación en biomedicina y a la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

#### 7.2.5 Recopilación de documentos

Se realizó una recopilación documental de las memorias de las instituciones investigadas. Desde una perspectiva crítica y utilizando el referencial teórico elegido se destacó las principales tendencias que fueron analizadas hacia la construcción de las categorías del análisis.

Tabla 5. Instituciones, documentos y memorias

Institución	Fuentes y enlaces	Memorias
ASAUPAM	<a href="https://asaupam.info/portal-transparencia/memories">https://asaupam.info/portal-transparencia/memories</a>  Materiales Impresos	Material Didáctico Material Educativo Memorias de la Entidad de 2016 hasta 2020 Memorias Económicas de 2016 hasta 2020 Proyecto Enganchate



Institución	Fuentes y enlaces	Memórias
ABD	<a href="https://abd.org/recurso/?sf_paged=1">https://abd.org/recurso/?sf_paged=1</a>	Memoria y Balance Social hasta 2018 hasta 2021
AGENCIA DE SALUD DE CATALUÑA	<a href="https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/estrategie_s_salut/salut_mental_i_addiccions">https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/estrategie_s_salut/salut_mental_i_addiccions</a> <a href="https://drogues.gencat.cat/ca/inici/">https://drogues.gencat.cat/ca/inici/</a> <a href="https://drogues.gencat.cat/ca/professionals/recursos/butlletins/butlletincanal-drogues-0522/">https://drogues.gencat.cat/ca/professionals/recursos/butlletins/butlletincanal-drogues-0522/</a>	Textos Artículos Informes Planes
CREU ROJA	Libro <a href="https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13637024/Plan+de+Salud+CRE_2017.pdf/dcb43d47-3e31-bc4d-ca08-8d2743a37a62?t=1560330233976">https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13637024/Plan+de+Salud+CRE_2017.pdf/dcb43d47-3e31-bc4d-ca08-8d2743a37a62?t=1560330233976</a> <a href="https://ajuntament.barcelona.cat/lafabricadelsol/es/detall/centre-d-atencio-i-seguiment-lluis-company_92086020803.html">https://ajuntament.barcelona.cat/lafabricadelsol/es/detall/centre-d-atencio-i-seguiment-lluis-company_92086020803.html</a>	Plan de Salud Historia del CAS/ ARD
ENERGY CONTROL	<a href="https://energycontrol.org/">https://energycontrol.org/</a> Materiales impresos	Guías Materiales Artículos Proyectos

### 7.3 Análisis de la información



Se trata de realizar un análisis de tipo interpretativo compuesto de aspectos experimentales y conceptuales. Se enfatizan los conocimientos situados y los acontecimientos vividos en el campo de la investigación, dando visibilidad y descriptibilidad a las cuestiones locales, tales como las situaciones o problemas específicos de ciertos sujetos o instituciones (Costa, Silveira y Sommer; 2003).

Según Pallarés (1996), la propuesta de análisis debe dotar de un marco conceptual que permita entender el consumo dentro de la cultura y la sociedad y fomentar el trabajo que aúna los diferentes saberes y operacionalizar los conceptos de manera que eviten la estigmatización del objeto de estudio en el curso de la investigación.

En este sentido, se estudia la reducción de daños y riesgos buscando comprender el proceso de producción de sus prácticas y sus aplicaciones en las redes de salud pública utilizando el caso catalán como principal dispositivo de análisis. La experiencia y sensibilidad de la investigadora como trabajadora de salud en el campo de las drogas en Brasil también se articula con la recogida de información para conseguir una comprensión más completa y reflexiva.

Para el análisis se ha elegido el enfoque de la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss (1967) que se ajusta a temas que aún reclaman fundamentaciones teóricas sustanciales. Según la Teoría Fundamentada (TF), el conocimiento puede ser producido a partir del acto de observación y de los sentidos y experiencias contruidos por una comunidad que participa del proceso de construcción del objeto estudiado (Glaser, 1978).

El principal objetivo de la TF (Phillips, 1997) es producir una teorización anclada en la recolección y el análisis de los datos que puedan proporcionar



informaciones valiosas sobre el tema investigado y explicar cómo los actores sociales involucrados se relacionan con el fenómeno, cuáles son sus principales preocupaciones y estrategias de intervención sobre la realidad social (Goulding, 1998).

De acuerdo con Eva Puigdevall y Pilar Albertín (2016), la Teoría Fundamentada parte de una información descriptiva del objeto de estudio para llegar a la construcción de una teoría formal. A partir de la reunión de pequeños fragmentos de la realidad, los cuales son codificados, se puede elaborar un mapa comprensivo-analítico de los elementos claves de la investigación.

Así, en la etapa del análisis se puede, paso a paso, ir convirtiendo los elementos claves en categorías resultantes y conectando estas categorías tanto al contexto concreto y localizado, como al contexto más global y teórico.

#### **7.4. Resultados**

Las categorías resultantes son el resultado de la articulación de los elementos claves con el marco teórico y tienen como objetivo producir una comprensión del fenómeno. Se recogen las siguientes categorías:

*Tabla 6. Categorías Resultantes*

<b>Categorías sustantivas</b>	<b>Subcategorías</b>
-------------------------------	----------------------



<p><b>Atención centrada en la persona y en el bienestar comunitario</b></p>	<p>Construcción de la agencia de la persona usuaria</p> <p>Partir de la experiencia para construir una forma de intervención</p> <p>Enfoque relacional, derechos de las personas usuarias</p> <p>Aproximación y acompañamiento de los servicios y I@s profesionales a las personas usuarias</p> <p>Más allá de la reducción de daños y riesgos: el deseo y el placer como dispositivos</p> <p>Autogestión e Autorrealización</p> <p>La Gestión de los Riesgos: ¿modelo de cuidado o de control social?</p>
<p><b>Arriesgamos y luego evaluamos: el diseño metodológico del trabajo en la RDR</b></p>	<p>Trabajar desde equipos multidisciplinares</p> <p>Aproximación y acompañamiento de los servicios y I@s profesionales a las personas usuarias</p> <p>Experimentar y “poner a prueba” una diversidad de prácticas de intervención</p>



<p><b>Satisfacción profesional y desarrollo de competencias</b></p>	<p>Competencias Comunicativas y de Soporte</p> <p>Competencias de Trabajo en Equipo y Red Social</p> <p>Competencias Instrumentales</p> <p>Competencias Críticas y Éticas</p> <p>Satisfacción Profesional</p>
<p><b>De la alarma hacia la invisibilidad social por el consumo de drogas: las principales dificultades de ejecución de las políticas y de las prácticas en RDR</b></p>	<p>Dificultades Relacionadas con el Estigma y Prejuicios</p> <p>Dificultades de Financiación y Recursos</p> <p>Dificultades en el Seguimiento de los Programas</p> <p>Dificultades en las Relaciones Profesionales</p> <p>Dificultades por la Intersección con otros Problemas Sociales y Violencias</p>
<p><b>Gafas violetas: la perspectiva de género y las expectativas antes los avances de la RDR</b></p>	<p>Violencias Interseccionales</p> <p>Vinculación con los servicios en RDR</p> <p>Soporte de los servicios en RDR</p> <p>Las relaciones de género entre profesionales y entre profesionales y usuari@s</p>



<b>Los desafíos actuales de la RDR</b>	Desafíos en cuanto a las Políticas Legislativas  Desafíos Metodológicos y Conceptuales  Desafíos en cuanto a las Políticas Públicas y los Programas de Atención
--	---

#### **7.4.1 Categoría Substantiva 1 - Atención centrada en la persona y en el bienestar comunitario**

En este apartado se busca presentar y discutir **la Atención Centrada en la Persona y en el Bienestar Comunitario** como una categoría resultante que ayuda a comprender cómo se fundamenta el cuidado desarrollado por las prácticas de RDR que están funcionando en la región metropolitana de Barcelona.

De acuerdo con los datos recopilados en el trabajo de campo, uno de los principios que fundamenta la Reducción de Daños y Riesgos es centrar la atención en la persona consumidora y en el bienestar comunitario. Así, uno de los principales objetivos de las prácticas de RDR es atender a las personas y adaptar los recursos disponibles para alcanzar esta meta. En este sentido, las condiciones políticas e institucionales son consideradas un aspecto secundario y no una prioridad en el planteamiento de las intervenciones.

Otro aspecto fundamental es promover con las acciones de RDR desarrolladas una mejora en el bienestar comunitario desde la disminución los niveles de marginalidad, violencia, criminalidad y del consumo de sustancias en la





calle en los barrios, preservación y mantenimiento del espacio público en las zonas de consumo, reducción de pérdidas de lazos familiares, sociales, comunitarios y muertes entre las personas consumidoras.

En relación a esto explica una de las personas entrevistadas:

*Los resultados que expresan el significado de lo que es trabajar en reducción de daños y riesgos son: una mejora en el barrio, una mejora de las personas y que todas las sobredosis atendidas sean posibles de ser remontadas. Así creyó que nadie se arriesgaría a decir que este trabajo no funciona” (EP2, 19).*

#### Construcción de la agencia de la persona usuaria

Desde la Reducción de Daños y Riesgos se entiende que **el agente del cuidado es la propia persona consumidora** y no los profesionales tampoco los servicios. El usuario y usuaria son quienes tienen que construir sus propios patrones de consumo, objetivos y expectativas de resultados del tratamiento para sí mismos.

*Hay que dar más humanidad a las personas consumidoras. Intentar no penalizarlos. Cuando se penaliza se pierde la conexión del usuario con el servicio. Mi sensación es que a veces los tratan como paquetes. Hay que tener cuidado como se trata la gente. No somos paquetes. Hay perfiles variados, perfiles de personas super desestructuradas que necesitan mucho de apoyo (EP11, 15).*



Del punto de vista de la prevención se defiende la idea que cuando una persona decide usar por su propia elección y riesgo una sustancia y esto no generar perjuicios a ella misma ni a otras personas de su convivio o comunidad, no hay nada que intervenir o que juzgarla.

En este aspecto se cree que *hay que respetar su elección de vida, su derecho personal*, tal como afirma una de las personas entrevistadas.

*Reducción de daños es básico. No hay que cabrear porque el usuario no ha conseguido su objetivo. Oye tío déjalo! ¡A lo mejor no era su momento! Pienso que no tiene que haber ni éxito ni fracaso. Pues bueno, estás aquí, entonces, vamos haciendo (EP16, 28).*

Por lo tanto, desde la RDR se reconoce que hay una **diversidad en los motivos y condiciones sociales que llevan a alguien a consumir droga y algunos de ellos no generan problemas.**

De otra parte, cuando se percibe que la persona empieza a tener algún tipo de daño en su vida personal, familiar, social o laboral en consecuencia del consumo de alguna sustancia, se debe entonces iniciar un trabajo de sensibilización al tratamiento. En estos casos, lo importante es que la persona se de cuenta que necesita de ayuda y pueda organizarse para buscar apoyo.

Así hay que reconocer que algun@s usuarios y usuarias suelen hacer una mala gestión del consumo de sustancias, pero en estos casos no hay que dudar que tienen potencial para autogestionarse y cuidarse.



*No creo que sean malas personas, son personas que han tenido una mala experiencia. El consumo de drogas puede ser una válvula de escape. Igual que hay gente que es adicta a la maquina del juego, al sexo, o la gente que acaba enloquecida (EP16, 30).*

En estos casos es importante considerar que el consumo de drogas es un problema de trasfondo y hay que tener en cuenta las historias de las personas para comprender la producción del daño asociado al consumo. Tal como nos explica un entrevistado: *“la droga es tan solo su medicina de margen”* (EP16).

***Consumir drogas es una medicina, la medicina de un marginal. Las drogas están en un contexto ilegal y son personas que tienen cosas que escapan del normal. No consumen drogas porque las drogas son muy guay. Acceden a la droga porque la identifican como una medicina que está fuera de la sociedad (EP16, 32).***

Esta característica de la RDR dialoga con la propuesta de Harris (1970) cuando defiende que el trabajo social de caso no debe centrarse en el problema, más si en la persona y en el proceso de atención, logrando una participación activa de la persona en la conducción del tratamiento y no exclusiva de los profesionales y de la política.

El enfoque del trabajo social de caso puede ser una de las vertientes que influenciaron el trabajo de RDR del área metropolitana de Barcelona, contribuyendo



con la presencia del modelo de atención centrada en la persona en el discurso técnico y político y su aplicación como estrategia de cuidado en el trabajo de atención a las drogodependencias.

La concepción que basa el trabajo social de caso se conecta con la mirada interseccional presentada en el marco teórico en la medida que ambas buscan reconocer cómo distintas categorías sociales emergen en cada contexto y se manifiestan en la vida de los sujetos promoviendo un sentido determinado a sus experiencias personales y contribuyendo, en ciertos casos, con la producción de procesos de etiquetamiento y discriminación que evidencian las relaciones de poder y de privilegio existentes entre los sujetos de una sociedad.

La aproximación interseccional es un nivel de mayor complejidad en la identificación de las desigualdades que actúan sobre las mujeres y sobre grupos específicos, en tanto permite comprender a través de las diferentes relaciones que se establecen entre las mismas, cuál es el espacio social que ocupan, cuáles son sus posibilidades de reacción y si los recursos de las administraciones potencian la igualdad o por el contrario perpetúan la desigualdad (Molina, 2012, p.214-215).

#### Partir de la experiencia para construir una forma de intervención

Otra característica de la RDR es que se refiere a una propuesta de cuidado basada no tanto por teorías sino por medio de intentar aplicar prácticas en la intervención **que parten de las experiencias y situaciones** con las que se encuentran l@s propi@s usuari@s en su vida cotidiana y también en la relación de



ayuda y acompañamiento con profesionales.

Todavía, para algun@s profesionales entrevistad@s, el desarrollo de la reducción de daños y riesgos en Cataluña no se basa tanto en formulaciones teóricas, métodos, ni tampoco en prescripciones políticas o legales previas, sino en tener unos principios mínimos y trabajar en base a indicadores que progresivamente a las intervenciones iban indicando una buena valoración del resultado, es decir, guiándose por consensos del equipo conformado por profesionales y usuari@s, haciendo propuestas e intentando implementarlas, como nos explica un profesional,

*Nosotros nos hemos movido mucho más por el corazón y la intuición. Somos un poco locos y nos gusta crear cosas nuevas. Pero hay luces, hay referencias y estas siempre están, más poco a poco vamos tirando adelante, aprendiendo con la experiencia y construyendo nuestra propia manera de trabajar con los diferentes dispositivos de intervención (EP1, 23).*

Desde este enfoque se puede decir que la RDR es una práctica que **tiene objetivos muy pragmáticos y resultados muy concretos** tanto al nivel personal como al nivel grupal y comunitario.

*Pues te resumo: la reducción de daños y riesgos salva vidas (EP3, 42).*

Este tipo de narrativa suele ser utilizada también para argumentar y justificar la eficacia de las acciones RDR, su efectividad como estrategia de cuidado y su misión e importancia en el rol de las políticas públicas de drogas.



*La Reducción de Daños y Riesgos es una manera de trabajar en el área de drogodependencias que realmente funciona con los usuarios y usuarias. Si que es un tipo de trabajo que se tiene que construir poco a poco, que lleva tiempo para tener un poco de reconocimiento de la comunidad, pero con el tiempo se logra. El trabajo con reducción de daños es sobre todo educativo y principalmente comunitario (EP7, 46).*

Según participantes del estudio, la RDR es una política que no debe ser pensada de manera restrictiva en el campo de las drogas, es decir, la RDR **puede ser aplicada en distintos problemas de la vida humana.**

*Cuando se establecen límites de velocidad seguros en las carreteras y se obliga el uso de cinturón de seguridad en los vehículos, por ejemplo, las políticas de tránsito están proponiendo intervenciones sociales basadas en los mismos principios de la Reducción de Daños y Riesgos (EP1, 30).*

Como explica otra persona entrevistada:

*Para mi la Reducción de Daños y Riesgos no tendría que existir. En el mundo ideal no estaríamos hablando de Reducción de Daños. Es una cosa que tiene que existir porque aún tenemos que forzar que se haga, con la explicación que se reduzcan daños. Por esto soy de la opinión que se puede hacer reducción de daños en cualquier lugar y con cualquier persona. La Reducción*



*de daños, bueno, es simplemente no juzgar a las personas, acompañar y nunca abandonar a la gente (EP14, 65).*

### Enfoque relacional y de derechos de las personas usuarias

Una propiedad de la Reducción de Daños y Riesgos en el área metropolitana de Barcelona es que se trata de una práctica que no está tan anclada en el paradigma biológico y sanitario como otros modelos de tratamiento de drogas.

Desde la perspectiva de la RDR se considera importante promover un tipo de cuidado **más enfocado en el trabajo educativo, comunitario, en la defensa de la cobertura de derechos, de las necesidades básicas y en el respecto a las personas consumidoras.**

Las personas entrevistadas acreditan que los servicios de RDR deben tener su vertiente de salud, pero también hay que trabajar el aspecto social, educativo y la participación comunitaria para intentar alcanzar la persona en su globalidad, como comenta una profesional entrevistada.

*A nivel formal, la reducción de daños tenemos muy centrada en la prevención de enfermedades infecciosas, en la reducción de la mortalidad, pero siempre estas estrategias vienen abordando muchos otros temas que impactan en la salud como necesidades básicas que no están cubiertas, el acompañamiento emocional, la lucha contra el estigma. Todo esto no se puede separar de los objetivos de salud pública que son los en los que nos apoyamos y que es nuestro foco también (...) La reducción de daño es una perspectiva de salud pública, más también de derechos humanos y no se pueden separar. (...).*



*También es muy clave el trabajo en el ámbito comunitario, involucrar a las personas a las que van dirigidas los recursos y las políticas (E14, 66).*

Así, se comprende que es fundamental tener en cuenta que el consumo de drogas no es solo una cuestión de salud, sino que la dimensión psicosocial influye mucho sobre todo en lo que se refiere al uso problemático de sustancias. En este sentido se puede clasificar la RDR en al menos 3 enfoques distintos, que son descritos a seguir:

- 1) Enfoque Educativo: busca destacar que hay formas y contextos más seguros de consumir sustancias y que la desinformación es uno de los mayores problemas morales envueltos en el tema de las drogas.

*Para mí la desinformación es un tipo de negligencia con las personas. A mi me gusta hacer un paralelismo para que se vea las consecuencias negativas de las intervenciones que se basan solo en el no a las drogas. Imaginate que tu eres un chico que toda la vida piensa que las drogas son malas, menos del alcohol y el tabaco. Entonces este chaval llega a sus 18 años y empieza a salir de fiesta y presenciar diferentes tipos de consumo. Prueba pastillas por primera vez y lo pasa de puta madre. Esto puede volver a acontecer una segunda vez y el chico pruebe un poco más y lo pase bien, pero qué puede acontecer en una tercera vez? Como él no tiene información, él puede decidir tomar tres pastillas y que este consumo acabe se*





*convirtiéndolo en problemático. Por esto el derecho a la información es tan importante (EP13, 67).*

- 2) Enfoque Comunitario-Participativo propone valorar e incluir los **conocimientos y experiencias de los usuarios y usuarias** como parte de las estrategias y dispositivos de cuidado y fomentar su participación activa en los procesos de gestión de los servicios.

*Yo he sido usuario de drogas y puedo decir que mucho del avance ha sido por los usuarios de drogas. Los profesionales siempre lo que quieren es sacar la mayor información posible de los usuarios (EP11, 3).*

- 3) Enfoque en los Derechos foca en el hecho que las personas consumidoras también son ciudadanos con derechos. Por lo tanto, como ciudadanos son personas capaces de elegir si quieren o no consumir drogas, no ser juzgado, ni discriminado, tampoco criminalizado por ser consumidor o consumidora de sustancias. Además se defiende que las personas consumidoras tienen derecho al acceso a cuidados que atiendan sus necesidades generales y específicas.

*La Reducción de Daños y Riesgos tiene que ver con mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, para que tengan sus derechos más*



*garantizados y más respeto ante la sociedad, como comenta un entrevistado (EP3).*

Estos enfoques son utilizados por l@s profesionales para regir las intervenciones y se presentan como directrices que orientan el trabajo de la RDR en el área metropolitana de Barcelona.

### Más allá de la reducción de daños y riesgos: el deseo y el placer como dispositivos

La incorporación del concepto del **deseo** en las acciones y en la política es un elemento diferencial de la Reducción de Daños y Riesgos desarrollada en este territorio.

*Saber dónde está este punto entre el deseo y el riesgo y cómo se puede equilibrarlo es super necesario (E12, 60).*

La red de Atención a las Drogodependencias del área metropolitana de Barcelona considera relevante incluir aún la noción placer en las experiencias de consumo de sustancias psicoactivas como eje orientador de la construcción de las acciones de RDR.

De acuerdo con los informantes el placer puede ser definido como *el buen vivir, la buena fiesta* (EP 1). Por lo tanto, el placer es entendido como una experiencia buena, en que las personas disfrutan y pasan bien. Esto seguramente va más allá que el consumo de la sustancia, pues tiene que ver con la relación de la



persona con ella misma, con las otras personas, con el medio donde se encuentra, es decir, el placer es un afecto relacional y ecológico.

*No sólo a nivel preventivo cómo de tratamiento se fue percibiendo que la mejor adherencia a los programas está entre aquellos en que se utiliza la reducción de daños y riesgos. Esto es básico. Así mismo, cuando estamos hablando de reducción de daños y riesgos sólo estamos nos referindo a que las drogas solo son unos riesgos y unos peligros a evadir, pero cuando incluimos el elemento placer estamos afirmando que sabemos que cuando la gente se droga pues esta buscando un placer (E13, 59).*

Esta mirada también dialoga mucho con la reflexión foucaultiana sobre “el uso de los placeres”. De acuerdo con Foucault, la negación del placer fue explorada como objeto de producción de las tecnologías del control de los cuerpos y es una de las bases que fundó las formaciones morales de la sociedad.

En la modernidad, esta estrategia fue actualizada y sofisticada por medio de la producción del saber científico y de tecnologías de poder sobre la vida que intervienen tanto en el plano personal como en el colectivo.

Según Dreyfus y Rabinow (2010), el placer puede ser considerado como un dispositivo privilegiado para analizar las tecnologías de intervención sobre el cuerpo y el prohibicionismo que rige la gran parte de las políticas de drogas del mundo parece corresponder a este tipo de tecnología de control de los placeres.

Por lo tanto, en el ámbito de las drogas, como nos explican las personas entrevistadas, “hay que poner más detalles en el elemento placer” para la



planificación y aplicación de estrategias de cuidado si se quiere de facto llegar más próximo de las personas consumidoras y promover acciones más efectivas como declara una de las personas entrevistadas (EP1).

### Autogestión e Autorealización

Uno de los resultados esperados por las prácticas de RDR es contribuir con un aumento de **autonomía, empoderamiento, autocontrol**, autocuidado, experiencias de libertad, respeto y reflexión crítica de las personas consumidoras y de la sociedad.

*Es que no somos gilipollas, no consumimos para jodernos. La gente es consciente que hay riesgos y aceptan. Si quieren lanzar un mensaje que sea útil para que la persona pueda autorregularse (...). Saber dónde informarse y cómo cuidarse (...). La desinformación te impide hacer un consumo responsable y saludable (EP12, 64).*

En este sentido, los profesionales defienden que en el trabajo desde la RDR hay que respetar las personas consumidoras y su momento y creer que pueden cambiar.

*La gente no está siempre en el mismo punto. Pueden cambiar. A mi es importante pensar que ellos pueden cambiar para bien o para peor. Puedes atender un mismo usuario 30 veces, pero sigue vivo, este es un cambio! Igual molesta, pero está vivo! Vive como puede, esto es lo que he elegido o lo que*



*puede hacer* (EP16, 32).

Así que se cree que es posible que se adopte ciertos **comportamientos preventivos** antes, durante y después del consumo, buscando vivir experimentaciones con las sustancias más placenteras y buenas. El foco del trabajo parte del principio de que todo consumidor o consumidora de sustancias psicoactivas tiene un autocontrol que puede ser resgatado o mejor desarrollado, es decir, hay que creer que las personas tienen **potencial de autorregulación** para poner un límite a su experiencia de consumo. Todavía muchos no tienen información adecuada para hacerlo de manera que consigan tener mejor suerte y vivir una experiencia placentera de consumo.

*En drogas, hemos estado atontados, fuimos totalmente engañados por un discurso prohibicionista que nos ha dejado al margen de políticas públicas efectivas aplicadas a otros ámbitos. Por esto, para hablar de política de drogas tenemos que implicar personas que no están intoxicadas mentalmente con este discurso, como es el caso de la gente del área ambiental, del medio del cooperativismo, etcétera.* (EP1, 20).

Hay que considerar también que las drogas siempre existieron y existirán, que son parte de la cultura de la humanidad. Hay que trabajar buscando su **naturalización y una convivencia más normalizada de la sociedad con las drogas.**



*En las campañas que se han ido sacando en las últimas décadas siempre ha sido el discurso de negar el placer y decir que las drogas son cosas malas. Esto tiene la intención de reducir la demanda y la oferta y al final las consecuencias de estas campañas y de este tipo de política es que a cada año hay más personas consumidoras y más drogas (E13, 61).*

*Otr@ informantes refuerzan esta idea diciendo que para él ya está claro que la imposición y la fiscalización nunca funcionaron en este tema, pues si se prohíbe una sustancia por un lado, se aumenta el consumo de otra que puede generar más daños aún (EP3, 16).*

*Yo estaba de puta madre, me estaba bajando hasta la mitad la metadona. Pero ahora la médica nueva del CAS me ha quitado dos cajas de trankimazin y una caja de rivotril de golpe. Creo que nunca se puede quitar todo de una vez. Hablé con ella y no me hizo caso de nada. Yo le dije, pues yo no quiero volver a estar contigo. ¿Tu qué quieres? ¿Volverme loca? Al final volví a subir la dosis de metadona otra vez (EU17, 18).*

**Se entiende también que las drogodependencias son un tipo de respuesta de la interacción entre las personas y su medio, pero hay distintas maneras de cómo las personas se relacionarán con las drogas.**

*Siguiendo un poco la lógica de los fármacos legales prefiero hablar de consumo funcional, consumo recreativo, consumo problemático y consumo*



*terapéutico, pues hay aquel que hace un consumo para trabajar o estudiar, otr@ para disfrutar de un momento de ocio, aquel que consume por tener un sufrimiento y otr@s que consumen para tratarse (los tratamientos con MDMA, Ayahuasca, LSD) (EP13, 62).*

Esta mirada, llevada al ámbito de las políticas públicas, es consonante con la perspectiva de que los problemas humanos son en gran parte fruto de la producción una respuesta colectiva resultante tanto de la acción de agentes externos sobre las personas, como de la interacción de estas con sus sistemas ambientales (naturaleza y otros individuos o grupos).

#### La gestión de los riesgos: ¿modelo de cuidado o de control social?

De acuerdo con las personas entrevistadas son objetivos de la RDR:

- 1) Intervenir y disminuir los **factores de riesgos** ecológicos, es decir, ambientales y sociales, para intentar evitar que se lleguen a afectar el desarrollo humano de modo a generar daños a los individuos y/ o a su sistema comunitario.
- 2) Reducir **daños a la salud** (tales como las patologías como las virales, las psiquiátricas, etcétera) y también los daños sociales, legales y los impactos del prohibicionismo.

Desde estos referenciales se nota que la RDR puede ser articulada a una **mirada crítica** de cuidado hacia ciertas formas de gestión y control de los cuerpos



típicos de la modernidad tal como propone las políticas de drogas prohibicionistas. La RDR procura deconstruir el prejuicio hacia el consumo de drogas y las personas consumidoras. En este sentido intenta ir más allá de los referenciales morales, pues está hablando de un cambio de mentalidad social, cultural y personal ya que incluye la perspectiva de atender al placer, es decir, abre una mirada hacia las drogas que va más allá del riesgo y del daño.

Todavía, esta noción implica un cierto conflicto pues tal como reflexiona Arza (2013), la reorientación hacia a los riesgos también se hace presente en las directrices de las organizaciones modernas capitalistas siendo utilizada muchas veces como un “discurso retórico” que tiene muy poco en cuenta una participación efectiva y las necesidades reales de las personas.

Esta reflexión también dialoga con la crítica foucaultiana del poder. Para Foucault (2003), la gestión de los riesgos en la modernidad tuvo como objetivo orientar como la población tenía que pensar, hacer y sentir. Así que el fenómeno de las drogas parece incorporarse en “el discurso de la gestión de los riesgos” en cuanto una estrategia moderna de poder y control de la población sea por medio de la producción de formas de subjetivación prohibitivas y estigmatizadoras hacia las drogas y las personas consumidoras sea por medio del ofrecimiento de servicios de tratamiento que categorizan las personas consumidoras como personas enfermas.

Por estas razones, en el discurso de la RDR se marca mucho la idea de que no se debe juzgar a las sustancias psicoactivas como buenas o malas de pronto, pues cuando se piensa en drogodependencias **no se debe enfocar el problema tanto en la sustancia y sí en cómo se consume y en qué contexto se consume.**

En las narrativas l@s informantes refuerzan la importancia de **considerar a la**





**persona en la intervención, su contexto de vida y los padrones de consumo y la sustancia o sustancias** que suelen consumir antes de plantear las intervenciones.

*He cogido un sexto sentido y sé conectar muy rápido. Conozco lo que hacen. Cómo comprar, cómo consumen. Sé por dónde van. Un profesional tiene que formarse, pero hay que conocer la vida de ellos. Cuando abría un servicio nuevo yo iba. Quería saber cómo funcionaba aquello y dónde estaba. Conocer el barrio es parte del servicio también. Ellos te respetan cuando perciben que tú sabes de qué vá el rollo. Que aprendas su nombre, que te preocupes un poco de saber quién es. Hay que entender su forma de relacionarse (EP16, 27).*

Como se puede notar para la RDR comprender el contexto del consumo es un punto fundamental para el análisis de los riesgos y posibles daños asociados al uso de sustancias, pero hay que resaltar que se tiene que mantener una atención y una mirada crítica sobre el trabajo realizado contrastandolo con la real efectividad de la aplicación de este modelo.

#### **7.4.2 Categoría Substantiva 2 - Arriesgamos y luego evaluamos: el diseño metodológico del trabajo en la RDR**

En este apartado se analizan las técnicas e instrumentos que componen la metodología de trabajo en RDR. El diseño metodológico de la RDR es bastante



pragmático y flexible y puede ser definido básicamente por la realización de un **trabajo multiprofesional** pautado en relaciones profesionales democráticas y **normativas básicas** que incluyan una participación activa de los usuarios y usuarias.

### Trabajar desde equipos multidisciplinares

L@s entrevistad@s defienden que la constitución de los **equipos debe ser multidisciplinar** y debe incluir profesionales del campo de la salud, de lo social, del mundo legal y la participación de los usuarios y usuarias.

El **desarrollo del trabajo tiene que ser el más horizontal y democrático** posible, no hay que tener jerarquías entre profesionales. Se debe de compartir lo máximo las informaciones, l@s usuari@s deben ser responsabilidad de todos profesionales y no solo de alguno. También hay que buscar alianzas entre l@s profesionales para alcanzar las necesidades de cada usuari@.

El papel de los profesionales en este modelo de cuidado es

*llevar a cabo las ideas de las personas consumidoras, transformarlas en propuestas, normalizarlas, regularlas y acompañar sus procesos de ejecución, como comenta una de las personas entrevistadas (EP16).*

Se sugiere que la composición de los equipos sea compuesta por profesionales de diferentes géneros, edades, culturas y nacionalidades, procurando facilitar la construcción de vínculos con diferentes tipos de usuarios y usuarias. L@s informantes explican que sus características en algunos casos ayudan en el proceso



de aproximación y formación de lazo de l@s usuari@s con los servicios. El hecho, por ejemplo, de ser migrante, hablar la misma lengua, conocer su país de origen, son rasgos que contribuyen a que l@s usuari@s se acerquen, así como el hecho de ser mujer ayuda el acercamiento de las usuarias.

Un entrevistado recomienda, por ejemplo, que hay que invertir en la contratación de personas que conozcan más, o de preferencia que sean originarios de países del este, pues hay especificidades de estos usuari@s que es muy importante trabajar de forma más personalizada.

Se recomienda también ofrecer **formaciones** regularmente. Actualmente los temas de las formaciones tienen se han centrado en la perspectiva de género, la multiculturalidad, las adicciones por juegos y las nuevas sustancias de consumo disponibles en el mercado internacional y local.

Hay que revisar y actualizar siempre el lenguaje y las estrategias, es decir, toda la metodología de trabajo. Estos cambios necesitan ser hechos en conjunto con los pares, desde la base comunitaria y participativa.

Por lo tanto, el trabajo de acompañamiento con las personas consumidoras es realizado por todo el equipo y debe basarse en demandas muy concretas, cosas básicas que ell@s necesitan.

*Inicialmente se debe priorizar las demandas y a partir de ahí van cubriendo áreas hasta llegar a la parte más terapéutica y psicológica. Hay que pensar que son personas que están tan solas que el hecho de compartir un rato con est@s profesionales y recibir cierto soporte en algún momento determinado es algo muy valioso (EP8).*



Los profesionales deben buscar establecer un contacto lo más cercano posible con las personas consumidoras, esto es fundamental para que los programas y servicios de RDR se mantengan en una **posición de escucha** del momento en que se encuentra cada uno de sus usuarios y usuarias. A veces hay que trabajar de manera individual y otras en grupo.

Así además de la empatía, entienden que **no hay que forzar para nada la voluntad de las personas de hacer lo que sea.**

*Es como si la persona consumidora no tuviese la posibilidad de decir lo que quiere. Es cierto que tenemos que acompañarlos e incluso mostrarles otras posibilidades de vivir, pero al final la decisión es de ellos (EP2, 41).*

Los **servicios de reducción de daños y riesgos tienen que estar siempre abiertos y las acciones tienen que ser lo más accesibles posible y deben ocurrir de forma inmediata**, no hay que dejar a la persona consumidora esperando por atenciones (como es el caso de servicios organizados en atendimientos agendados).

*Es difícil para nosotros. A veces no tenemos nada. No tenemos nada para comer, ni dónde quedarnos, ni manera de bañarnos. Cuando un servicio nos cierra las puertas o nos dice que volvamos otro día, es muy doloroso. A veces cuando me dicen para volver otro día me pongo desesperado (EU 18, 22).*



De acuerdo con los equipos accedidos el funcionamiento de los servicios de RDR tienen normativas muy básicas, basadas en unos mínimos de convivencia, tales como no debe haber agresión y los usuarios y usuarias deben cuidar del servicio por sentir que aquello es suyo. La distribución de instrumentos de **evaluación del servicio, la realización de asambleas y reuniones** para compartir ideas sobre el desarrollo de las actividades ofrecidas también son estrategias metodológicas utilizadas para involucrar a las personas consumidoras de manera más activa en estos espacios y plantear nuevas estrategias de intervención (EP16).

*L@s profesionales cuentan que de vez en cuando elaboran un sencillo cuestionario de valoración y piden a l@s usuari@s que respondan para saber cómo están valorando el servicio. Estos datos se utilizan luego para planificar nuevas actividades y realizar pequeños cambios en la organización del servicio. También se reúnen en grupos con algunos usuarios para planificar cómo les gustaría el espacio de tratamiento y las actividades que se ofrecen. Las salas de consumo tal y como están organizadas hoy en día tienen mucho aporte de l@s usuari@s (OP).*

### Aproximación y acompañamiento de los servicios y l@s profesionales a las personas usuarias

La baja adhesión por parte de algunos usuarios y usuarias y los resultados insatisfactorios producidos por los modelos de atención en drogodependencias basados en el prohibicionismo y en la abstinencia parecen tener llevado los diferentes actores involucrados en el campo de las drogas a buscar otras



alternativas y desde ahí darse cuenta de la necesidad y importancia de **personalizar las intervenciones** y tratamientos en drogas.

Así una de las especificidades de la Reducción de Daños y Riesgos dice respecto a desarrollar intervenciones en el sentido de promover una mejor **aproximación de los servicios y l@s profesionales a las personas usuarias**.

En términos sanitarios se podría decir que esta especificidad tiene que ver con **buscar una mejor vinculación de las personas consumidoras a los tratamientos y a los servicios**. L@s entrevistad@s destacan por ejemplo que entre los usuarios y usuarias de los servicios de RDR hay un grupo que hace vínculo más fácilmente y otro más resistente.

*En estos casos no les gusta ser tratados como enfermos, tampoco como delincuentes y pasar por una puerta abierta (como quedan las de los servicios de RDR) no les es suficiente y no les convence (EP 16).*

Así que se reconoce que para trabajar con personas con mayores dificultades de vinculación las estrategias e intervenciones requieren mucha más delicadeza y habilidad, pues hay que ganar su confianza y hacerles llegar hasta algún tipo de servicio lleva tiempo y dedicación. Como explica una de las personas entrevistadas:

*La mayoría van muy sueltos, van muy solos en la selva. Por esta razón hay que comprender que esta es su manera de presentarse. “Ellos no se fían de nadie. Están acostumbrados a vivir en medio de las mentiras. ¿Por qué tienen que decirte la verdad?” (EP16, 29).*



Es importante ofrecer estrategias de adherencia, motivación y participación, tales como: espacios de consumo seguro, distribución de parafernalia higiénica, talleres con temas específicos (la participación de l@s usuarios y usuarias puede, incluso, estar vinculada al ofrecimiento de alguna gratificación que puede ser en dinero u otra cosa), espacios de descanso, alimentación e higiene personal ( duchas y lavadora).

*Algunos piensan que lo que hacemos desde la Reducción de Daños no es tratamiento, que somos paternalistas por ayudar a la gente ofreciéndoles actividades como baño, comida, lavadora. Pero yo no lo veo así, creo que lo que hacemos les ayuda. Sin mencionar que en estos momentos, mientras les estamos ofreciendo estos recursos, los estamos acompañando en actividades y terminan abriéndose y contando mucho sobre ellos. Fue en estas circunstancias que escuché las cosas más difíciles en la vida de un ser humano. En otro tipo de servicios de salud, la atención muchas veces gira en torno a la medicación y, para mí, la atención va mucho más allá (EP 6, 23).*

Por otro lado en términos de los derechos sociales, poner el **foco en la accesibilidad y en la adhesión de las personas** está muy relacionado al hecho de hacer llegar el cuidado y la atención hasta las personas que pasan por mayores adversidades, sobre todo de poblaciones más vulnerables, tales como: las personas en situación de calle, mujeres, población LGTBQI+ y personas en situación de encarcelamiento. Como nos explica una de las entrevistadas:



*Es cierto que cuando la población está muy mal no es capaz de comprender claramente las necesidades que tiene y son las políticas en su conjunto las que tienen que velar por todos los ciudadanos tanto los que están bien como los que están peor. La reducción de daños y riesgos llega hasta quien no llega, es decir, que se busca una mejora para todo el conjunto de la ciudadanía (EP2, 40).*

### Experimentar y “poner a prueba”: la diversidad de prácticas de intervención

Según las personas entrevistadas, lo que determina, de hecho, la ejecución de un servicio o programa de RDR no es exactamente los programas ofrecidos o la carpeta de actividades, tampoco el discurso sanitario en que se basa.

Lo que define el trabajo basado en la RDR es **cómo se realiza la atención** hacia las personas consumidoras, si este trabajo ocurre centrado en las personas consumidoras y sus necesidades. Vale resaltar que la mayoría de los programas de reducción de daños y riesgos fueron inventadas por usuarios y usuarias.

Así uno de sus grandes diferenciales de la metodología de la RDR es que está prioritariamente **basada en las proposiciones de las propias personas consumidoras** y no en las ideas de expertos que quieren pensar o intervenir por y para ellas. Entre ellas destacamos principalmente tres que serán presentadas en la secuencia:

#### 1. El Trabajo Preventivo

En la línea del trabajo de **prevención se recomienda planificar las**





**intervenciones desde cuatro ejes principales:** universal, indicada y selectiva y la prevención determinada.

La prevención universal busca evitar los problemas asociados al consumo de drogas de manera general y tiene como objetivo potencializar los factores de protección y reducir los riesgos. Un ejemplo de este tipo de abordaje es la realización de talleres en centros educativos (DOSSIER ASAUPAM, 2016).

La prevención indicada y selectiva está dirigida a personas consumidoras de drogas y tiene como objetivo dotarlos de informaciones relevantes para que eviten daños y sepan gestionar de manera rápida y eficaz posibles problemas asociados a su consumo. Son ejemplos de este eje de prevención los puntos informativos en espacios de fiesta, la atención ofrecida a personas sancionadas y el trabajo educativo en medio abierto (DOSSIER ASAUPAM, 2018).

El último eje consiste en la prevención determinada que pretende reducir los daños asociados a problemas indeseables relacionados con el consumo considerando aspectos como la sustancia, el contexto y la persona. Las principales estrategias utilizadas son el trabajo de intercambio de jeringuillas, recogida de materiales en zonas calientes, formación sanitaria de personas en consumo activo, acompañamiento en espacios de tratamiento y equipamientos de punción higiénica (DOSSIER ASAUPAM, 2020).

## 2. La Gestión de los Placeres y Riesgos

Otra manera de definir la reducción de daños y riesgos en términos metodológicos quedó conocida como “**la gestión de los placeres y riesgos**”. Así, la gestión de placeres y riesgos es un método construido por un pequeño grupo de



reductores y reductoras de daños de Cataluña como un intento de explicar su manera particular de trabajar con la población consumidora de sustancias.

Este método propone básicamente que se hable con l@s usuarios y usuarias enfocando la experiencia de **placer** que experimentan durante el consumo de sustancias y luego proponiendo estrategias de reducción de riesgos para que ell@s puedan sostener este placer por más tiempo y con menos riesgos de caer en los efectos negativos del consumo.

Esto se hace **ofreciendo informaciones basadas en el conocimiento científico** de evidencia **y en experiencias personales** de consumo sobre las propiedades de la sustancia elegida, sus efectos en el cuerpo y sus posibles interacciones con otros tipos de sustancias en los casos que se elija mezclar.

Vale resaltar que la gestión de placeres y riesgos fue aplicada a diferentes grupos de consumidores y con personas usuarias de diferentes tipos de sustancias

*De todas las maneras que se intentó trabajar en el ámbito de drogas, la gestión de placeres y riesgos es ciertamente el método más acertado desarrollado por nosotros. Fue construido a base de encuentros, charlas, salir de fiesta, hablar y pensar mucho sobre el tema (EP1, 41).*

### 3. El Trabajo Comunitario

Otro eje importante del método de la RDR es el **trabajo comunitario**. Una de las principales líneas de actuación en este ámbito es el trabajo de mediación con los vecinos. Este eje es comprendido como un campo de actuación que debe ser ejercido de manera continua.



Una estrategia interesante es establecer alianzas con las asociaciones de vecinos y con personas de la comunidad por medio de actividades de trabajo voluntario. La participación de voluntarios en las reuniones con vecinos es un diferencial en el trabajo de sensibilización de la comunidad como refuerza una de las personas entrevistadas (EP2).

*Hacer actividades abiertas dónde l@s vecin@s sean invitad@s a participar y conocer el servicio y el trabajo desarrollado es muy recomendable como estrategia de mediación y genera resultados bastante positivos (EP3, 45).*

El trabajo de los equipos de educadores de calle también es muy importante en el desarrollo del trabajo comunitario. Una entrevistada (EP9) cuenta que los vecinos reconocen la labor que hace e incluso le informan sobre alguna persona consumidora que les preocupa, o lugares donde hay material de consumo desechado.

*El prejuicio de la comunidad en relación con los consumidores es todavía muy alto. En este momento, por ejemplo, estamos viviendo una fuerte presión de los vecinos para que abandonemos este lugar. Si bien reconocen que es importante contar con servicios como estos en la ciudad, desaprueban que estén cerca de sus hogares. Esto se conoció como el movimiento "no en mi vecindario" y fue ampliamente discutido principalmente en Inglaterra (EP4, 38).*



Una apuesta interesante es la **composición de este equipo con agentes de salud en drogodependencias**. Los agentes de salud en drogodependencias también se denominan **pacientes expertos**, es decir, personas que anteriormente han sido consumidoras de drogas para hacer un proceso de deshabitación y después se formaron para realizar esta función.

En general, el trabajo realizado por l@s agentes consiste en la reeducación comunitaria, hacen una ruta por el barrio para mirar que no haya material de consumo desechado, interactúan con l@s usuari@s que están en la calle, ofrecen los kits de material higiénico de consumo y la sala de consumo.

Ell@s también llevan naloxona para hacer alguna intervención caso que encuentren alguna persona con sobredosis, es decir, también acompañan a usuari@s en alguna atención cuando les piden, informarles en alguna duda que tengan (EP9). Ell@s son grandes referentes y motivadores y entienden lo que l@s usuari@s están viviendo y sintiendo.

*Después de la separación empecé a consumir cocaína y la probé esnifada y fumada. Mis padres supieron y me propusieron volver a Barcelona. Así conocí la ASAUPAM. Como me empatizo mucho con la gente, me recomendaron sacar la formación de agente de salud. También participé en cursos de SIDA, Hepatitis, de Reducción de Daños. Trabajo hace seis años en el programa PIX por las tardes. Todos los días llevo cojo mi mochila con materiales como jeringuillas, papel aluminio, naloxona, alcohol, agua, todo para que sea lo más higiénico posible. También recogemos material desechado en la calle. Me encuentro con algún usuario consumiendo, interactúo con ellos, les*



*enseño sobre la sala móvil para consumo, incluso me ofrezco para acompañarlos, saco dudas, intento educarlos un poco todo día. Es un trabajo mucho de tu a tu e intento siempre me poner en el lugar de ellos para entender lo que se les está pasando (EP9,3).*

#### **7.4.3 Categoría Substantiva 3 - Satisfacción profesional y desarrollo de competencias**

En este apartado se reunió los elementos destacados de las narrativas de las personas entrevistadas que ayudan a explicar cuáles serían las principales habilidades y actitudes que se requieren de los profesionales en el desarrollo de las prácticas de RDR.

Así fueron encontrados diferentes tipos de prácticas que fueron clasificadas en diferentes órdenes de competencias, tales como: competencias comunicativas y de soporte, competencias instrumentales, competencias críticas y éticas.

Es importante comentar que tales competencias tienen una relación muy directa con los objetivos y la metodología de trabajo de la RDR ya presentadas en las categorías anteriores. Citamos las más importantes:

##### Competencias Comunicativas y de Soporte

Empatizar y respetar a las personas consumidoras (EP9).

Escuchar y valorar el deseo de las personas consumidoras (EP3).

Ser informativo y esclarecer realmente lo que la persona quiere saber (EP12 y EP13).



Crear un vínculo de confianza con la persona consumidora (EP12).

Compartir los objetivos planteados en el tratamiento (EP16).

No ser hiperactivo (EP13).

No ser autoritario (EP16).

No ser paternalista y dejar que la persona haga sus propias elecciones (EP13).

No hacer imposiciones a l@s usuari@s como profesional sobre uno u otro tipo de tratamiento. El profesional está ahí, pues para acompañar, dar soporte, sugerir, guiar (EP8).

#### Competencias de Trabajo en Equipo y Red Social

Hacer un trabajo en red en conjunto con otros servicios del territorio y de manera solidaria (EP8, EP3).

Privilegiar el trabajo socioeducativo, comunitario y la aplicación de estrategias singulares para cada usuari@ (OP).

#### Competencias Instrumentales

Acceder a las personas en consumo activo en zonas calientes (EP8, EP9).

Acceder a las zonas calientes, recoger materiales ensachados en la calle y abastecer con material los espacios de PIX (farmacias) (EP8, EP9).

Interactuar y acompañar a las personas en sus necesidades, ayudar en demandas concretas, planificar actividades y compromisos de vida (EP8, EP9).



Ofrecer material educativo e higiénico (EP8, EP9).

Atender jóvenes y familias (EP2, EP 8).

No plantear objetivos muy ambiciosos. Partir de cosas muy básicas (EP12).

### Competencias Críticas y Éticas

Adaptarse a cada persona, su momento, su relación con la sustancia y el contexto social, político y cultural (EP13).

Ser flexible.

Hacer un trabajo horizontal (EP2, EP8, EP16).

Basarse en referencias científicas (OP).

Alejarse de las perspectivas morales para pensar sobre las drogas, las personas consumidoras y plantear los proyectos de intervención (OP).

Considerar la dimensión del placer para planificar las intervenciones (EP1, EP12, EP13).

Considerar capacidad agencia y de protagonismo de l@s usuari@s en relación a su propia vida (OP).

Considerar el contexto de malestar social y capital para planificar las intervenciones en distintos contextos (OP).

Proponer diálogos con la sociedad buscando intervenir en la cultura.

No juzgar ni presionar a las personas consumidoras (EP12).

### Satisfacción Profesional

En general l@s profesionales entrevistad@s son personas que tienen mucha



curiosidad. A ell@s les gusta hacer formaciones y creen que les ayuda a tener buenas ideas y motivación para crear cosas nuevas.

Todos refieren haber tenido contacto con alguna referencia inspiradora a lo largo de su proceso de formación profesional. Fueron citadas como referentes la ONG Contact de Suiza, experiencias de RDR de Madrid, Sevilla, Granada, País Vasco y también Canadá. Y autores como el Dr. Fernando Caudevilla, Dra. Ann Minó, entre otros.

Muchos dicen que lo que más les gusta en su trabajo es tener libertad para crear diferentes tipos de estrategias de intervención, no tener rutina y cada día tener nuevos retos.

De manera general, los profesionales apuntaron que aunque haya conflictos, dificultades y durezas en el día a día, se trata de un trabajo donde pueden aportar algo de bienestar para las personas.

*Hay situaciones donde mis valores conflictúan con algo que estamos haciendo y ahí tienes que preguntarte: ¿Qué es lo mejor para las personas consumidoras que tenemos delante? Permitir que utilicen la metadona inyectada en las salas de consumo, por ejemplo, es un tipo de situación que me pesa, pero es lo que parece mejor para ellos. (EP3, 86).*

Tod@s reconocen que es gratificante y placentero poder “echar una mano a las necesidades de los usuarios y usuarias”, “darles información útil”, “ayudarles a buscar solución para sus cuestiones” y “ser referente para otros profesionales y para las personas consumidoras”. Estas son prácticas que les “llena mucho” como





profesionales.

También se puede decir que son personas que procuran no juzgar ni a las drogas ni a las personas consumidoras antes de tener un contacto previo con ellas, incluso muchas informaciones y conocimiento sobre las drogas los profesionales agregan desde sus propias experimentaciones como personas consumidoras.

*Antes mismo de empezar a publicar artículos sobre el policonsumo del GHB y de la Ketamina, yo ya comentaba a respecto con mis compañeros del trabajo. Esto porque los había probado algunas veces y sabía los efectos que esta interacción genera (EP16, 30).*

De acuerdo con l@s entrevistad@s, el trabajo de RDR se valora mucho más por una especie de autorrealización personal que por el aspecto económico y financiero derivado del trabajo. “Se trabaja mucho, pero se tiene mucho gusto en trabajar” (E10).

Esta experiencia parece llegar hasta los usuarios y usuarias, pues ellos son muy claros y unánimes en afirmar y reconocer cómo estos profesionales les ayudan y hacen diferencia en sus vidas.

*Los profesionales de aquí me ayudan bastante. Empecé a cuidarme más, trabajar algunos días, poco a poco fue me organizando hasta salir de la calle (EU18, 10).*

Por lo tanto, se podría decir que las propias competencias profesionales son



especies de estrategias de cuidado que componen las prácticas de RDR.

#### **Categoría Substantiva 4 - De la alarma hacia la invisibilidad social: las principales dificultades y tensiones de ejecución de las políticas y de las prácticas de RDR**

En este apartado se aborda el tema de las dificultades relacionadas a la Reducción de Daños y Riesgos. En este tema las personas entrevistadas apuntaron dificultades tanto a un nivel más amplio y macroestructural como aquellas correspondientes a los ámbitos microestructurales, tales como las estrategias específicas de ejecución.

Según comenta una de las informantes, en España se ha pasado de un momento de “alarma social” a un momento de “invisibilidad del problema con las drogas”. Así que hoy, el hecho de que las drogas hayan dejado de ser consideradas uno de los mayores problemas parece estar convirtiéndose en otro problema, en el sentido de que esta invisibilidad hace que no se invierta más recursos de todo tipo en estas políticas públicas.

*Aunque hoy el número de personas que están iniciando tratamiento de drogas es mayor que en los años ochenta, actualmente hay poco debate político y social sobre el tema, quizá porque hoy se tiene una red de tratamiento estructurada que no se tenía antes (EP2, 39).*

Es cierto que la reducción de daños y riesgos es un proyecto que actualmente



está justificado, aceptado, revisado y subvencionado por la administración pública en Cataluña, pero todos afirman que sigue existiendo dificultades y necesidades de avance. Así, las dificultades señaladas fueron agrupadas de la siguiente manera:

### Dificultades relacionadas con el estigma y prejuicios

A nivel de sociedad, las críticas hacia las drogas y sobre el trabajo de reducción de daños y riesgos siguen siendo muy duras.

*Esta relación de la prevención con el no uso de sustancias. Aunque se lo explicas hay mucha resistencia en aceptar que se puede llegar a hacer un consumo responsable de las sustancias. Hacer que la gente llegue a entender que hayan personas que trabajan para prevenir los daños y reducir los riesgos es lo más complicado. Esto pasa con diferentes tipos de población (...). Es complicado romper con este estigma hacia las personas consumidoras, los ven siempre como problemas. (EP12, 7).*

Los medios de comunicación en muchas circunstancias hacen más difícil el trabajo comunitario con drogas. A pesar de todas las discusiones y reflexiones hechas sobre la necesidad de luchar contra los estigmas se siguen haciendo campañas sensacionalistas sobre las drogas y las personas consumidoras que dañan la imagen social y aumentan los prejuicios relacionados en todo lo que se involucra con el tema de las drogas.

*Cataluña fue una de las primeras Comunidades Autónomas que apostó por*



*implementar estos programas, pero dentro de España, como país, la aceptación de las drogas es diferente. El año pasado por ejemplo en el Norte de España, por ejemplo, se interceptó y se denunció el proyecto en un festival diciendo que incentivamos el consumo repartiendo este tipo de materiales (EP12, 9).*

Otra dificultad relacionada con los estigmas es cómo las personas consumidoras son recibidas en los distintos servicios de la administración pública. De acuerdo con l@s profesionales entrevistad@s es muy diferente cuando alguien les acompaña y cuando van solas.

*Ayer mismo estuve acompañando una usuaria que iba a recibir una noticia importante en un servicio. Luego después quedamos para un café y ella me comentaba cómo fue importante que yo estuviera con ella y que seguramente habría sido fatal recibir aquella noticia sola. Esto es muy duro de verlo, se les nota que cuando los acompañamos la atención que les dan es otra (EP8, 62).*

Las personas entrevistadas están muy seguras que la mayor aceptación de los Programas de Reducción de Daños y Riesgos proviene de l@s usuari@s. Aún así comentan que hay much@s usuari@s y también familiares que rechazan la RDR, es decir, que no están de acuerdo con la idea de que los programas basados en la abstinencia no funcionen con todo el mundo. Sobre estos casos, las personas entrevistadas defienden que se trata de personas que tienen mucha resistencia y que se sienten muy incómodas con la idea de responsabilizarse por su propio



consumo y tratamiento, son personas que buscan poner siempre en el otro el problema.

#### Dificultades de financiación y recursos

Una dificultad que emerge frecuentemente en las narrativas se refiere a la falta de recursos. Aunque los servicios de reducción de daños son bien aceptados y evaluados por la Generalitat de Catalunya, de acuerdo con las personas entrevistadas sería necesario más soporte financiero para el desarrollo de los programas.

L@s informantes explican que los proyectos con larga trayectoria tienen más condiciones de mantenerse por subvención pública, pues las entidades invierten sus propios fondos en los proyectos y adelantan este dinero para su ejecución.

Pero los proyectos más recientes -como el caso del programa de RDR para mujeres- no tienen este soporte y por estas razones suelen buscar otros tipos de financiación para poder desarrollarse, en general se hacen cooperativas, se buscan créditos con el tercer sector o subvenciones internacionales para realizar su financiación. Un aspecto positivo de estos casos, es que estos proyectos suelen tener mayor independencia del Estado y pueden lanzar estrategias que otros servicios más involucrados con el Estado no pueden aplicar, o bien tardan más tiempo hasta que se aceptan y se pactan institucionalmente. Por contra, los proyectos más independientes, se constituyen más vulnerables y frágiles debido a la inestabilidad de su subvención.

#### Dificultades en el seguimiento de los programas



Actualmente una dificultad que genera gran preocupación entre las personas entrevistadas es el retraso para que los usuarios y usuarias lleguen a acceder a ciertos programas como el tratamiento de sustitución con metadona, a las comunidades terapéuticas, y a los albergos y la atención de urgencias en los casos de sobredosis.

Aunque en menor número, siguen ocurriendo muertes por sobredosis en esta región, según comentan tanto profesionales como usuari@s durante el trabajo de campo.

*En estos días rescaté a un tipo que tenía una sobredosis. Estaba pálido y helado. No podía respirar correctamente. Venía y se iba. Hice de todo lo que nos enseñan en estos cursillos. Lo voltéé de lado, traté de mantenerlo despierto y llamé al 911. Pero tardaron más de dos horas en llegar. Cuando llegaron ya se había deteriorado mucho. No podían tardar tanto en ayudar. Y no es la primera vez que veo a alguien casi morir por falta de ayuda médica. He visto muchos tipos así. Al día siguiente supe que este tipo no pudo resistir y terminó muriendo en el hospital (OP).*

Tal como describe este usuario a lo largo de un encuentro del taller de naloxona en que participé como observadora, se cree que muchas de estas muertes podrían haber sido evitadas tras el acceso a algunos recursos asistenciales que, aunque existan, no llegan a tiempo para algunos y algunas personas consumidoras.

En el caso de Tatiana, una usuaria, sucedió algo similar. Tuvimos conocimiento de la historia de Tatiana desde el servicio de atención a las



drogodependencias de mujeres en que ella era usuaria. Este servicio la derivó a un CAS para iniciar tratamiento sustitutivo con metadona. Sin embargo, como en aquel momento había mucha demanda de esta modalidad de tratamiento se le indicó a Tatiana que regresara después de un mes para someterse a una consulta médica para iniciar un tratamiento sustitutivo.

Fue unos 10 días antes de su cita cuando murió de una sobredosis. Luego, el servicio organizó un espacio dedicado a Tatiana y todas las usuarias del servicio rindieron su homenaje a Tatiana. Una semana después, también se realizó una manifestación pública, donde usuari@s y profesionales de este y otros servicios de la red de reducción de daños protestaron pidiendo mejores condiciones y un acceso más fácil a las diferentes modalidades de tratamiento.



Foto autoral.

### Dificultades en las relaciones profesionales

Otra dificultad compartida por l@s profesionales es el sentimiento de frustración y de cansancio que conlleva este tipo de trabajo, sobre todo, lo que dice respecto al trabajo dirigido a personas que ell@s acompañan y que no logran





mejorar.

*A veces ellos son muy cabezones, no hacen caso cuando se les recomienda ir al médico o cuando están muy paranoicos, con jeringuillas en la mano, siempre les digo mira que puede pasar alguien, tenga cuidado. Otra cosa es cuando son chavales jóvenes que tienen mucha información y están consumiendo, etcétera (EP9, 22).*

Las relaciones de género comportan, en ocasiones, dificultades en el ámbito de las relaciones profesionales-usuari@s y entre profesionales. Como comentan algunas personas entrevistadas, aunque la mayoría de las profesionales sean mujeres y que haya mujeres en puestos de coordinación, se percibe que son los hombres que se encuentran en los principales puestos de decisión en el área de drogas. Las profesionales mujeres también comparten que han vivido muchas situaciones de acoso en el trabajo, como describiremos en un apartado más adelante de este texto.

#### Dificultades por la intersección con otros problemas sociales y violencias

Otra cuestión apuntada por l@s profesionales entrevistad@s es que es muy difícil trabajar con niveles elevados de violencia. Entre estos trabajadores parece ser un consenso que los Centros de Reducción de Daños y Riesgos funcionan como observatorios directos de la violencia, sobre todo, de la violencia machista.

La violencia conlleva a situaciones que generan inseguridad en los profesionales. Algunos llegan a preguntarse si debería tener un centro de atención a



las drogodependencias especializado en el trabajo con violencias para dar soporte a ciertas personas consumidoras que sufren o que reproducen la violencia en sus contextos de vida.

En cuanto al contexto de calle, por ejemplo, algunos de los entrevistados comprenden que en estos casos el tema de la violencia es un punto inherente e imposible de erradicar. La vivencia de calle presupone múltiples tipos de violencia, tales como acoso, negligencias, violaciones, violencia física, sexual, incluso, violencia de género.

*Una usuaria travesti me cuenta que la echaron de su casa a los 18 años cuando salió del armario. Emigró aquí desde su país por estos problemas, pero aquí siempre tuvo dificultades para encontrar trabajo. La prostitución resultó ser la opción más posible, aunque es muy arriesgado trabajar en la prostitución en Barcelona porque hay muchas situaciones de violencia psicológica y física incluso asesinatos contra travestis. Por eso optó por establecerse con un compañero que aún la atacaba. Pero según ella, al menos sabía hasta dónde llegaba él en sus arrebatos violentos. La relación no fue fácil para ella, pero por todo lo que ya había sufrido en la calle, pensó que estaba mejor que antes (OP).*

Otro punto que comentan es que hay drogas que desatan la violencia reprimida en l@s usuari@s y que esto es otro tema que hay que trabajar desde un ámbito informativo y psicológico con este tipo de personas consumidoras.

La llegada de las mujeres a los servicios de drogodependencias también es considerada una dificultad, cuando debería considerarse una oportunidad para



plantearse por el tipo de servicio que se ofrece y posibilitar mejoras. Según I@s entrevistad@s, este tema aún no está muy tratado. Un punto referido sobre esta cuestión es el estigma hacia las mujeres consumidoras (cómo decíamos anteriormente, además de consumidoras, son malas madres o malas hijas y malas mujeres en relación a cómo acceden a tener dinero para el consumo). Existe una dificultad de adaptación de los servicios especialmente en los casos de las madres consumidoras.

*Normalmente hay más hombres consumiendo en la calle. Lo que pasa es que las mujeres están más escondidas. Hay mujeres, pero hay más hombres. No sé si influye en algo el hecho de ser mujer. Yo como mujer si consumiera lo haría en mi casa o en algún lugar que fuera seguro. No sé a mi no me gustaría que la gente me viera consumiendo en la calle (EP9, 24).*

En Barcelona, el tema de la vivienda sigue siendo un gran problema por la dificultad de encontrar un cobijo y un lugar donde habitar. Esta es una dificultad que no es restricta a las personas consumidoras, pero, sobre todo en el invierno, les cuesta mucho encontrar sitios para vivir, hasta en locales ocupados las personas consumidoras suelen ser rechazadas.

*Es cierto que muchas veces los usuarios y usuarias hacen mala gestión de la prestación económica (aquellos pocos que la tienen), pero muchos pagan una habitación y les resta 200 euros para todo el mes. Esto es uno de los motivos que explica el hecho de que pasan mucho tiempo en la calle (EP8).*



El hecho de que la mayoría de las personas consumidoras que están en situación de calle ya no tienen familia también es apuntado como dificultad.

*Unas pocas personas tienen familia, pero en general hay un desgaste muy grande entre ellos, otras ponen sus normas para apoyarlos, otras ayudan puntualmente. Hay un poco de todo (EP8).*

Otra dificultad es el hecho de que muchos usuarios y usuarias no desean ser identificados, sobre todo por el contexto de prohibición y criminalización y en muchos servicios les piden sus datos. Según un entrevistado

*Acceder a un servicio con tanta pregunta es una barrera. Esto también se ha perdido un poco en los servicios en Barcelona, preguntar de donde es, abrir una tarjeta sanitaria. Esto está bien, pero poco a poco, ¡no corras! (...). No empecemos rápido a pedir datos. Ellos están acostumbrados a los interrogatorios de la policía, de los servicios sociales, de lo juzgado. Y si los centros de reducción de daños se convierten en una especie de jueces de la salud o de las condiciones sociales de las personas van a alejar a la gente (EP16, 29-48).*

**7.4.5 Categoría Substantiva 5: Gafas violetas: la perspectiva de género y las expectativas ante los avances de la RDR**



Un tema importante entre los servicios donde se hizo trabajo de campo y también presente en las narrativas de los informantes es abordar los programas de RDR desde la perspectiva de género. En el área metropolitana de Barcelona, el tema de género ha sido abordado poniendo el foco sobre todo en el tema de la **atención a las mujeres consumidoras**.

Aunque la perspectiva de género es una mirada mucho más amplia y que hay otros grupos minoritarios que demandan la construcción de estrategias de cuidado específicas, los esfuerzos en este momento parece más dirigidos a intentar “poner gafas violetas”<sup>5</sup> en la red de atención a las drogodependencias.

### Violencias interseccionales

En esta red, las mujeres consumidoras siguen siendo un **tema minoritario, invisible**. En general las mujeres que han llegado a los servicios de reducción de daños y riesgos, además de su relación con la ilegalidad, no cumplieron con el mandato social que presupone ciertos roles femeninos clásicos. Este rompimiento comporta una penalización que puede ser desde su exclusión del medio doméstico, la pérdida de la convivencia familiar y de los hij@s hasta el encarcelamiento.

*Durante el taller de cocina llegó un usuario llorando mucho. Dijo que esa mañana habían llevado a su hija a un albergue. Se sentía muy impotente, sin saber qué hacer para revertir esa situación. Fue interesante ver cómo*

---

<sup>5</sup> Ponerse las gafas violeta es una metáfora utilizada por la escritora Gemma Lienas en su libro El diario violeta de Carlota en que discute temas como igualdad y feminismo. Así que utilizar “lentes de género” es una metáfora para aludir a que miramos al mundo a través de las relaciones de género y desde ahí podamos detectar muchas discriminaciones que enfrentan las mujeres en el día a día.



*algunos usuarios le dieron la bienvenida y le ofrecieron ayuda. Una de ellas se ofreció a dormir en su casa esa noche e ir al trabajo social a la mañana siguiente. El equipo, a su vez, se puso en contacto con un abogado que presta un servicio voluntario y concertó una reunión con el usuario. Con el tiempo, se calmó y pareció sentirse más apoyada. Al finalizar el taller se despidió agradeciendo mucho a todas (OP).*

En su mayoría provienen de barrios deprimidos, algunas son de etnia gitana otras fueron madres muy jóvenes. Hay mujeres extranjeras, muchas trabajando en prostitución, otras en el tráfico como mulas, muchas son latinoamericanas y centroamericanas.

Las mujeres consumidoras suelen presentarse muy solas, inseguras, carentes de recursos materiales, informacionales y emocionales. Sus trayectorias de vida están marcadas por historias de abandono, poco apoyo familiar, problemas judiciales y de vivienda, experiencias de maternidad negadas o atravesadas por la pérdida de los hijos, casamientos asociados con situaciones de violencia, dificultades para acceder a recursos sociales, formativos y laborales.

Muchas mujeres que no cuentan con el apoyo familiar para sobrevivir cometen pequeños hurtos o trabajan en la prostitución. Informan tener mucha dificultad para acceder a los beneficios sociales. Según ellas, sin la ayuda de servicios, como los Centros de Reducción de Daños, es difícil organizar toda la documentación requerida para tener derecho al beneficio, ya que el proceso es muy burocrático.

Por lo tanto sus historias de vida están muy atravesadas por **problemas que**



**van más allá del consumo de sustancias**, tales como: las violencias, las desigualdades sociales, de poder y de género, pérdidas, problemas familiares y con pareja, cuestiones legales, económicas, etcétera. Así que en el caso de las mujeres consumidoras hay que reforzar la consideración de que no se puede tratar por sí sólo el consumo de drogas..

Una de las usuarias entrevistadas, por ejemplo, nos cuenta que a lo largo de su vida ha perdido a su padre, su hermana, su abuelo y dos parejas por sobredosis. Su madre sigue viva, pero no se lleva muy bien con ella. Una de sus parejas, incluso, con quién estuvo 9 años, llegó a encontrarlo en casa con vida, pero el servicio de urgencia tardó cerca de dos horas y media para llegar y él no sobrevivió.

*Lo más duro es estar sola. No tener para donde irme. Entonces en aquella época pasé a dormir cerca de un hospital en un coche antiguo y luego, por la mañana, salía para buscarme la vida. Y para robar tenía que ir de caballo (EU17, 11).*

Los procesos de **expropiación de la maternidad y las experiencias negativas con l@s cónyuges** aparecen como los temas más conflictivos y que más expresan las cuestiones apuntadas por los estudios de género desarrollados con mujeres consumidoras.

*Tuve a mi hija con 20 años. El padre no sabía que tomaba coca. Vivíamos juntos en Tenerife. Yo cuidaba de la casa y él siempre estaba de fiesta con amigos. Cuando mi hija tenía dos años y medio fui a la cárcel y me quitaron a*



*mi hija. Preferí que ella se quedase con mi madre, pero un año después fue abrigada. Yo sufrí mucho. Mi madre se quedó con ella poco tiempo y le dejé un dinero para que pudiera comprar una casa para nosotras. Lo que más he sufrido es que mi madre no compró la casa. Se quedó con el dinero y a mi hija no le dejó nada. Tenía 14 millones de pesetas. Hoy no sé dónde está mi hija. Mi madre no me da la dirección de ella. Al final la que perdí fui yo. Ni me han dejado cuidar de mi hija, ni me han dejado la casa. Me dejaron en la calle (EU17, 18).*

#### Vinculación con los servicios en RDR

Las mujeres consumidoras también tienen **dificultades y resistencias para acceder a los servicios** de drogodependencias y llegan con largas historias de consumo y en su mayoría de policonsumo.

*El caballo tres días seguidos que consume ya está enganchada. Yo me sentía muy bien con el caballo, pero si no está bueno el brote es tremendo y te hace vomitar todo. La mayoría de la gente que toma caballo también toma coca. Es la única droga que te pide el cuerpo. Y encima el mono es lo peor que hay (EU17, 13).*

*Cada droga es diferente. Para mi la mejor es la pastilla, pues al día siguiente te levantas ya está (EU17, 12).*

Es verdad que las mujeres en general tienen más recursos para cuidarse que los hombres, pero se nota que las que tienen problemas con drogas tienen más





dificultades para adherirse a los tratamientos y establecen vínculos inestables con los servicios.

*Me haga caso, la metadona es la peor que hay. Yo dejé el caballo tres veces sola y debería haber hecho caso a una amiga y haber dejado sola la cuarta vez. Con la metadona he dejado el caballo. El caballo con metadona no te hace nada. Pero después es difícil quedarse sin la metadona (EU17, 16).*

Están **más marginalizadas** en espacios dónde también se trata a hombres consumidores, pues muchas veces los usuarios las acosan, las coaccionan. Por otro lado, se nota que el funcionamiento del servicio tiene una dinámica que atiende muy bien a las necesidades de los hombres, pero no tanto a de las mujeres. Las usuarias que son madres, por ejemplo, reportan dificultades para adaptarse a los horarios de atención, otras dejan de asistir a las actividades porque no tienen con quién dejar a sus hijos. Como se puede notar los servicios muchas veces no llegan a comprenderlas en sus carencias, tampoco se adaptan a sus especificidades.

Desde la historia que nos cuenta esta usuaria entrevistada se puede confirmar lo que se viene defendiendo en la literatura de que las mujeres consumidoras llevan siempre múltiples estigmas (Romo, 2006; Martínez, 2009). Cómo en otros campos de intervención, muchos de los servicios están pensados por y para hombres, y no tanto en relación a las condiciones sociales de las mujeres, las cuales tienen/tenemos el mandato heteropatriarcal, con roles familiares, con mayor sufrimiento por las violencias de género o abusos sexuales.



*Desde el punto de vista epidemiológico la gran parte de demanda de personas consumidoras son hombres (se estima que hay 8 hombres para cada 1 mujer consumidora), pero hay que pensar que el estigma hacia la mujer consumidora puede llevar a que estos números estén equivocados. El gran desafío del momento es poner en marcha la construcción de servicios de reducción de daños y riesgos contruidos por mujeres para mujeres (hay que producir espacios donde se puedan concretar el discurso “aquí no entran hombres”) (EP5, 54).*

En Barcelona existe un servicio creado recientemente para la atención en drogas a mujeres consumidoras llamado Metzineres<sup>6</sup>, también hay algunos pisos tutelados para madres consumidoras<sup>7</sup>, pero aún faltan muchos servicios especializados en la red. El servicio de reducción de daños y riesgos para muchas funciona primero como un punto de apoyo entre iguales y protección, un espacio en que pueden sentirse más comprendidas y menos solas.

### Soporte de los servicios en RDR

Estos espacios les ayudan con **soporte** para organizar papeles y asesorar o resolver cuestiones legales, en la búsqueda de trabajo y espacios de formación, acompañamiento para recurrir a ayudas económicas y vivienda desde los servicios sociales. Pero lo que más destacan sobre la atención que reciben en estos servicios es el hecho de no sentirse tan solas con todos sus problemas y dificultades.

---

<sup>6</sup> Se puede consultar mayores informaciones en <https://metzineres.org/index-es.html>

<sup>7</sup> Un ejemplo de estas experiencias se puede consultar desde <https://abd.org/causas/igualdad-de-genero/>



Las mujeres en general tienen historias de vida difíciles, con muchos traumas, historias de violencia familiar, simbólica por rechazo en muchos lugares, violencia física, abandono, falta de cariño y atención, otras fueron criadas sin límites. Muchas han sido moneda de cambio de tener sexo en trueque de drogas. A ellas les falta un poco también la parte social, de hacer grupo, falta unión, falta formar alianzas.

Así que cuando llegan a los servicios de drogas tienen que ser recibidas por las personas de una manera **acogedora**. Es importante que sientan que el equipo está disponible para ayudarlas en lo que necesiten y que no se va a hacer prejuicios de ellas, ni castigarlas. Por lo tanto, la atención hacia a las mujeres requiere detalles y tiene su propia complejidad.

L@s entrevistad@s apuntan que la reformulación del trabajo desde la perspectiva de género implica producir **adaptaciones** en el lenguaje, en la comunicación y dinámicas aplicadas a las personas consumidoras, también hay que invertir en formación del equipo técnico y capacitación del voluntariado, para finalmente integrar la mirada de género de manera transversal en todas las áreas de intervención (EP12).

*Hay que reconocer que la literatura científica aún que es escasa para comprender como el tema de las drogas afecta a las mujeres y las personas transgénero (EP13, 38).*

#### Las relaciones de género entre profesionales y entre profesionales y usuari@s

L@s profesionales entrevistad@s reconocen que la **perspectiva de género** también atraviesa su **contexto laboral** de alguna manera.



*Hay usuarios que en el caso de una intervención sólo dirigen la palabra a profesionales hombres o que acosan o insultan gratuitamente a las profesionales mujeres (EP12).*

En los contextos educativos de ocio ocurre con mucha frecuencia que adolescentes y hombres adultos consumidores en general de alcohol acosan a profesionales mujeres durante las intervenciones.

*Cuando comencé a trabajar en un contexto educativo de ocio, lo más difícil para mí fue tratar con hombres babosos, consumidores de alcohol, que se acercaban al stand no para buscar información o apoyo, sino para acosarnos. Esto me molestaba mucho y me tomó mucho tiempo encontrar una manera de lidiar con estas situaciones (EP12, 13).*

También existe un número mayor de mujeres profesionales en el área asistencial sobre todo en los programas de reducción de daños y riesgos. En cambio, los profesionales hombres trabajan mayoritariamente en los programas mainstream y en los puestos funcionariales y de decisión del área de drogodependencias.

En este sentido, parece bien que se invierta sobre la atención hacia las mujeres consumidoras, pero no se puede olvidar que este no es el único grupo minoritario que necesita de mayor dedicación por parte de las políticas y prácticas de RDR. Hablar de hombres consumidores de drogas no es lo mismo que hablar de



mujeres consumidoras, de travestis consumidoras, de homosexuales consumidoras y consumidoras, de las transfeministas consumidoras, de personas inmigrantes consumidoras (con y sin papeles), de personas de diferentes clases sociales consumidoras, de negras consumidoras y negros consumidores, de personas con diversidad funcional consumidoras, de prostitutas y prostitutos consumidores, de personas consumidoras jóvenes, adultas y de mayor edad, de personas consumidoras con SIDA/HIV, de personas consumidoras portadoras de otros trastornos mentales, etc.

Tal como afirma Platero (2012), la perspectiva de género interseccional contribuye con reflexiones sobre el diagnóstico de las desigualdades y con la lucha por derechos, promoviendo una elaboración crítica sobre referenciales dominantes y normalizadores.

Además de estas diferencias sabemos que las personas que consumen drogas no sólo pueden definirse como consumidoras, son también mujeres, hombres o personas no binarias, pero además, existen otros ejes de desigualdad y privilegios que las caracterizan, es decir, son producto de un enmarañado de dimensiones que las definen en contextos situados, de modo que las vivencias de las personas consumidoras no pueden reducirse a estas descripciones categoriales, sino que se construyen bajo ciertas normalizaciones de la vida que están relacionados con procesos históricos y realidades específicas donde habitan.

#### **7.4.6 Categoría Substantiva 6 - Los desafíos actuales de la RDR**

En este apartado se reunió los desafíos apuntados por los entrevistad@s en



relación a RDR. Los desafíos fueron clasificados en desafíos políticos, desafíos metodológicos y conceptuales y desafíos en cuanto a los programas de RDR.

### Desafíos en cuanto a las políticas legislativas

Algun@s entrevistad@s apuntan que es necesario hacer mayores avances en el tema de la regulación de algunos productos y la amnistía por algunos tipos de delitos de tráfico.

*La sociedad te lleva al consumo y luego te condena totalmente. Al final no se reconoce que el problema es la sociedad, las políticas, todo el contexto en que se vive. Así dirigen el problema para un punto totalmente equivocado al apuntar que ¡El problema eres tú! (EP2, 18).*

L@s entrevistad@s defienden que todo lo que es punitivo tiende sólo a castigar a las personas que están peor, por esta razón creen que el mayor desafío es justamente intervenir en esta lógica prohibicionista y punitiva-criminalizadora.

*Cuando se trabaja en el contexto de prisiones, es muy claro que las personas que están presas por la criminalización de las drogas son en su mayoría consumidores que no pueden comprar su sustancia y terminan cometiendo pequeños robos, trapicheos o vendiendo pequeñas cantidades para mantenerse. Y en estos casos la prisión no les ayuda para nada. A lo mejor, dibuja un círculo de idas y vueltas que lo que hace es generar un proceso de institucionalización de estas personas (EP16, 52).*



### Desafíos metodológicos y conceptuales

Un desafío apuntado por l@s entrevistad@s tiene relación con la orientación metodológica del trabajo desde la RDR que debe ser realizado de manera que la persona consumidora tiene el papel del protagonista de su cuidado. En este sentido una persona entrevistada comenta:

*Hay que ocupar una posición como profesional, sin superioridad, de respeto a las decisiones de los usuarios, sus fracasos, sus cambios esto es un desafío permanente que se impone a todo equipo que actúa en reducción de daños y riesgos (EP5, 51).*

Otro desafío presentado es sobre la necesidad de desarrollar un trabajo en RDR desde la perspectiva de la multiculturalidad buscando tener una visión más amplia, trabajar por la equidad y contextualizar la atención considerando aspectos culturales e interseccionales es otra tarea que much@s entrevistad@s destacaron.

*Hay que reconocer que hasta el momento los servicios de adicciones son espacios masculinizados, racializados y colonizados, hechos por hombres blancos y europeos para hombres blancos y europeos (EP8, 64).*

En cuanto a los aspectos metodológicos de la RDR un@ de l@s informantes comprende que el principal desafío de la RDR es que se trata de una práctica que requiere constantes actualizaciones, pues de cuando en cuando nuevas sustancias



son inventadas, así cómo son creados otros contextos de consumo y diferentes modos de subjetivación que exigen de los servicios y programas una plasticidad para reinventarse. Un buen ejemplo de esto es el actual proceso de cambio del lenguaje que busca incluir la perspectiva de género en el discurso de la RDR.

### Desafíos en cuanto a las políticas públicas y los programas de atención

El desafío que la mayoría de los profesionales entrevistados comparten como primera necesidad es sobre la importancia de avanzar en el proyecto de reintegración social y hacer un incremento de políticas sociales especialmente para *la población que está en la calle (que hoy corresponde a 60% de la población consumidora en acompañamiento por los servicios de RDR) (EP2, 22).*

De acuerdo con un entrevistado, las condiciones que se disponen no son nada favorecedoras para que las personas en situación de calle quieran salir o para que puedan salir de la situación de consumo problemática (EP1).

*Ellos no tienen las condiciones mínimas adecuadas, entonces o les dotamos de vivienda, de higiene, trabajo, para que puedan ir dando pasos de mejoras o no lograremos avanzar en el tema de tratamiento de consumo de drogas con estas personas. Hay que mejorar las condiciones de vida de estas personas para mejor en conjunto de la ciudadanía y reducir riesgos para todo mundo (EP2, 24).*

En este sentido, algun@s entrevistad@s esperan en Barcelona sostener el albergue que se ha instalado con la pandemia de COVID-19 qué es el primer





albergue municipal con una sala de consumo en su espacio. Ell@s acreditan que el mayor desafío es expandir este proyecto creando unas políticas de vivienda (Housing First) y proyectos de inclusión laboral basados en la perspectiva de reducción de daños y riesgos (EP1, EP2, EP3).

El desarrollo de una atención en drogodependencias con foco en la personas mayores fue otro desafío puesto por l@s profesionales entrevistad@s.

*Ahora, por ejemplo, tenemos una población consumidora muy mayor con cuestiones de salud mental muy deterioradas y problemas orgánicos. Yo, muchas veces pienso si esto sólo tiene relación con el consumo de drogas o si no tiene algo que ver con el uso de psicofármacos mal adecuados, mal recetados y con muy mal seguimiento que se suma al consumo de drogas y desestabiliza totalmente a las personas. Sería importante ofrecer un seguimiento lo cuanto antes con soporte médico, social y psicológico adecuado (EP2, 23).*

Cuanto a las salas de consumo supervisado l@s entrevistad@s esperan que se pueda extender el horario de funcionamiento e incluir un espacio de supervisión en cuanto al consumo de alcohol y la existencia de salas supervisadas de dispensación de alcohol.

Sobre el tema del alcohol, una entrevistada relata que hay experiencias en curso en Madrid y los resultados demuestran que han reducido los ingresos en urgencias por abuso de alcohol de personas en situación de calle a 50% (EP3).

En cuanto al horario de funcionamiento de las salas, otra persona



entrevistada cuenta que hay un estudio que comparó una sala que funciona 17h con una sala que funciona 24h y se demostró que con la sala funcionando 24h se alcanzó más a las mujeres, las personas sin techo y se intervino más en casos de sobredosis (EP 5).

Para algunos entrevistados el próximo paso en Barcelona es implantar un Programa de Tratamiento Supervisado de Heroína, tal como hoy se hace con la metadona. Actualmente, los programas en funcionamiento disponen de metadona y buprenorfina.

La solución puede ser empezar por un programa compasivo de heroína y realizar ensayos clínicos como se hace incluso con algunos medicamentos nuevos para el cáncer. Pero, *luego habría que avanzar en la idea de regularizar un programa de dispensación de heroína para aquellos que les gusta la aguja y que no van a dejarla* (EP1, 53).

*Cuando trabajé en las salas de consumo, las personas consumidoras de metadona eran las que más llegaban agresivas en el servicio. Las personas que sólo consumían heroína difícilmente se ponían nerviosos. Por la experiencia de otros países ya sabemos que lo mejor sería ofrecer un programa de heroína, pero aún no logramos avanzar en este punto dentro de nuestra red de drogodependencias* (EP13, 17).

Otra expectativa que algunos entrevistados están planteando es oficializar un programa supervisado de metadona inyectada en las salas. De momento hay iniciativas en dos salas de las doce de Barcelona que son la Sala de Consumo



Supervisado de La Mina y del CAS Lluís Companys (donde se están acompañando cerca de 20 personas consumidoras haciendo consumo de metadona inyectada en la sala).

La metadona actualmente equivale a la heroína a la que las personas pueden acceder en el red sociosanitaria, con este programa creen que será posible alcanzar a más usuari@s en la prevención de riesgos de drogas inyectadas, reducir los gastos con compra de sustancias en el mercado ilegal y la delincuencia asociada a este mercado de consumidores. Sin embargo, tal como apunta Albertín (2000), la valoración de much@s usuari@s que consumían heroína inyectada y tenían que estar en tratamiento con metadona era negativa, dado que la metadona, siendo un opiáceo sintético, no comporta las mismas características que la heroína, especialmente en cuanto a su administración (que en este caso es oral), ni en cuanto a sus efectos (que no producen ninguna sensación de “high” con su administración, sólo evita el malestar del “mono” o síndrome de abstinencia. Además la rígida normativa establecida por los servicios para la administración de metadona producía rechazos entre l@s usuari@s.

Otra idea presentada por l@s entrevistad@s es pensar un programa de tratamiento para dependencia de las personas que consumen benzodiazepinas.

*No podemos olvidar que los benzo están por el medio (...). Yo y un grupo de estudiantes estagiários de medicina llegamos a la conclusión de que cada persona consume por medio 3,9 sustancias psicoactivas a lo largo de toda su vida y entre estas los benzodiazepínicos están entre las sustancias que la mayoría de las personas suelen a consumir al menos en algún momento de*



*sus vidas* (EP5, 33).

Otro desafío puesto es desarrollar un trabajo con foco en la atención a la patología mental y el consumo de drogas. Actualmente, la mayoría de las personas con problemas asociados no tienen acompañamiento en servicios de salud mental y se nota un crecimiento de este tipo de caso acercándose a los servicios de drogodependencias.

Una de las cuestiones relacionadas a estos casos es que muchas situaciones generan problemas éticos, entre ellos el hecho de obligar o no a una persona consumidora con trastorno mental asociados a hacer un seguimiento. El tema del trastorno mental está asociado en muchos casos con dudas si la persona es capaz o no de responder por sí mismo y sus actos, estas cuestiones muchas veces son utilizadas para obligar a las personas a tratarse o internarse a sí mismas sin que ellas quieren realmente hacerlo.

Lo que ocurre también es que cuando hay enfermedad mental asociada a consumo de drogas, l@s psiquiatras y psicólog@s ponen muchas condiciones o restricciones para atender, en cambio hay pocos servicios especializados y l@s profesionales que les atienden muchas veces no tienen formación específica (EP5).

Algun@s conceptúan este tema de “personas en condiciones dual o trial”, es decir, personas que hacen un consumo problemático de drogas y tienen problemas psicológicos y sociales. En estos casos es valioso el trabajo de los educadores sociales de calle con formación en psiquiatría. En Barcelona hay seis equipos haciendo este tipo de trabajo (EP5).

Otro desafío importante dice respecto a mejorar la hospitalización que aún



funciona mal, sobre todo por el tema de tener mucha lista de espera. L@s informantes también apuntan que hay que invertir más en un trabajo de psicología en los servicios de reducción de daños y riesgos.

*Los pocos psicólogos que tenemos están con los que están dejando las drogas. ¿Y los nuestros que no pueden dejarlo y que tienen sus traumas infantiles? ¿Quién habla con ellos? No hace falta que sea una terapia, pero tendrían que venir a los Centros de Reducción de Daños y hablar con alguien desde una lectura profesional (...) y este día que a lo mejor no se repita nunca más sea útil para esta persona (...) te vas a ir mejor de lo que has entrado (EP5, 34).*

Algun@s entrevistad@s sugieren que también sería importante desarrollar un programa de reducción de daños y riesgos en contextos más específicos como con los dealers, los camellos, los colectivos de okupas.

*Creo que se montan algo ahora tenía que ser abierto. La palabra que tenias que usar es abierta. Ya no se pueden abrir más centros cerrados (...). Tal como está el mundo tiene que ser abierto (...) Tiene que ser abierto para que la gente entre y salga, y pueda consumir al aire libre (...) que tenga una terraza, que tenga un patio, que tenga un jardín que puedan salir. Porque esto es la fuente de conflicto y de todo. Incluso diría no montes nada, hazlo en una escena libre. Nada cerrado. Pacta con el ayuntamiento y rodeará un espacio con bandas y quien quiera venir ya sabe lo que se juega. Pondría*



*una especie de barra, música, sillas. Estamos en una fase más ecológica, más abierta. Entonces entro, salgo, consumo al aire libre (EP5, 62).*

Aún sobre el desafío de crear nuevos programas, ellos proponen que se refuerce el trabajo de calle y que se piense sobre la posibilidad de construir servicios más abiertos y en la comunidad.

Durante la entrevista, I@ informante hace un dibujo de un servicio totalmente abierto, montado en la calle, sin techo ni puertas, con sillas y mesas distribuidas, un escenario que me hizo recordar mucho del espacio de la Asociación de los Vecinos del Raval donde se hace el taller de culinaria con las mujeres consumidoras del Proyecto Metzineres.

En este espacio todos los viernes se hace una paella colectiva. Participé de algunos encuentros de este taller a lo largo de las observaciones participantes. En el ámbito comunitario también estuvimos en el café con personas consumidoras y familiares realizado en el Centro Cívico de Santa Coloma y en la reunión de la Redan't en el Ateneu Libertário del Raval. Estas actividades hacen pensar que las estrategias de RDR ya empezarán a caminar en el sentido de que se realicen más en un contexto comunitario que propiamente de salud.



Disponible en: <https://www.facebook.com/metzineresbarcelona/>

Por todo lo expuesto, para comprender la Reducción de Daños y Riesgos se hace importante discutir acerca de los diferentes elementos y los diferentes significados encontrados a lo largo de la investigación. Resulta oportuno avanzar hacia el conjunto de consideraciones finales focalizando la atención hacia la comprensión de las prácticas de Reducción de Daños y Riesgos utilizadas como estrategias de producción de cuidado en el campo de las drogas.

## 8. LA RDR Y EL CUIDADO EN EL CAMPO DE LAS DROGAS



Según los datos recopilados a lo largo del trabajo de campo, la Reducción de Daños y Riesgos es una práctica que ha demostrado ser eficaz en cuanto a una estrategia de producción de cuidado en el campo de las drogas.

Esta afirmación se justifica basada en resultados muy concretos, tales como la disminución del número de personas consumidoras de heroína, del número de muertes por sobredosis, del número de personas consumidoras contagiadas con VIH/ SIDA, entre otros.

Por otro lado hay que considerar como apunta Pablo De Marinis (2002) que el problema de las drogas ha pasado de una lógica liberal disciplinaria de control de los cuerpos, mediante políticas morales, prohibicionistas y de higiene, a un asistencialismo clínico-pedagógico, basado en el modelo de gestión individual de riesgos y en la lógica socialdemócrata que convirtió las personas consumidoras en enfermas.

Por lo tanto, estos cambios en los regímenes de poder también se reflejan y se reproducen en las prácticas de Reducción de Daños y Riesgos y en las actuales Políticas de Drogas. Para Martín Palomo, Miranda López y Vega Solís (2002)

En la actualidad, el riesgo constituye el significante dominante mediante el que se piensa y gestiona el gobierno de la población. De acuerdo con esta concepción, la acción del Estado, a través de las distintas entidades que ejecutan los programas, ha de ir encaminada a minimizar en la medida posible los riesgos. El peligro abstracto de generar una conducta social gravosa ha de ser detectado y atajado y, para ello, los agentes estatales





solicitan de los sujetos que estos se auto regulen y regulan entre sí en todo lo que atañe a la multiplicidad de puntos (de conflicto) en los que se dirime la vida social, incluido el del consumo de drogas (p.406).

Así se puede decir que los Programas de RDR buscan construir estrategias para apoyar los sujetos en sus procesos de cuidado o al menos intentan ayudarlos a producir algún modo de resistencia. Todavía, a pesar del esfuerzo, estas prácticas no escapan totalmente de las estrategias de poder y control.

Basado en los conceptos presentados en el marco teórico se entiende que una de las maneras de comprender esta dinámica es por medio de una problematización moral de las relaciones de poder. Así en los próximos apartados se discutirán los programas de RDR desde la perspectiva de las drogas, de las políticas y de los cuidados. Al final se presentan algunas consideraciones sobre el contexto de latinoamérica.

### **8.1 Los Programas RDR y la Droga**

Como se pudo notar las prácticas de RDR buscan problematizar la mirada moral sobre la droga y proponen una apertura para otros tipos de entendimientos, redefiniendo el concepto “droga” a partir de la idea de “sustancia psicoactiva”.

De acuerdo con Macrae (1992), el término droga tiene una carga excesivamente peyorativa y está muy asociado a algo negativo. Así, recomienda utilizar el término psicoactivo o sustancia psicoactiva que se refiere a cualquiera sustancia que activa la psiquis o actúa sobre ella.



La sustancia psicoactiva, por lo tanto, sería un elemento perteneciente a la cultura y, por lo tanto, un dispositivo que sirve para explicar algo acerca de un determinado momento histórico. En este sentido, desde nuestra recopilación de datos y del marco teórico se destacan tres consideraciones acerca de las drogas: el hiperconsumo, autonomía versus control, tecnocuerpo y resistencias que serán explicadas a continuación.

### *Hiperconsumo*

En la actualidad, la manera como las personas se relacionan con **las drogas es un reflejo del proceso de globalización** que tiene como gran característica la lógica **del hiperconsumo**.

En el Capitalismo Gore, las formas de subjetivación están determinadas por el consumo y los países poseedores de economías neoliberales más exitosas son los principales responsables por difundir una cultura del hiperconsumo.

En países del tercer mundo la cultura del hiperconsumo no solo influye en la subjetividad, también sustituye la idea de los Estados-Nación por la del Mercado-Nación. Este proceso vuelve más compleja aún la realidad, pues más allá del mercado legal, el control del Estado es disputado también por el narcotráfico.

La cultura del hiperconsumo es constituida, sobre todo, por la fabricación de un supuesto placer en consumir que hace que la adquisición de mercancías sea más valorada que la autorealización a través del trabajo. Por lo tanto, las clases trabajadoras y las personas que no pueden llegar a los altos niveles de consumo a su vez son impulsadas a acercarse cada vez más del mercado criminal como una



alternativa de sobrevivir.

En esta forma de capitalismo la producción económica se da por medio de la destrucción de bienes naturales, materiales y de políticas públicas responsables por asegurar los derechos de la población, así como por la especulación de los cuerpos como mercancías y de la banalización de la violencia.

El hiperconsumo produce una dinámica de funcionamiento en la sociedad, donde no se consume para vivir, más si se vive para consumir. Las drogodependencias están muy ajustadas a esta dinámica, pues se refieren a un contexto de consumo de sustancias psicoactivas en que la persona abandona todas las otras esferas de la vida en pro del consumo de la droga, es decir, pasa a vivir para consumirla. En este caso también se puede decir que las sustancias psicoactivas se convierten en drogas, visto que conllevan una serie de daños al sujeto consumidor.

El hiperconsumo produce una falsa sensación de satisfacción en las personas y está muy ligado a contextos sociales frustrantes que están relacionados con la violencia económica, que incluye trabajos mal pagados, falta de oportunidades, ausencia de servicios sociales y marginación social. Por todo lo expuesto, queda claro que las drogas, además de ser muy útiles al mercado, también funcionan como **estrategias de normatización y normalización de los cuerpos**, pues a partir del encuadre de la persona como consumidora todo un sistema de control social empieza a ser activado una serie de estrategias de vigilancia y control que pueden ser desdobladas en procesos de criminalización o patologización.

Esto puede ser constatado desde nuestro contacto con los usuarios y usuarias accedidos en el trabajo de campo que compartirán sus trayectorias de vida



explicando sus entradas y salidas tanto de los servicios de atención a las drogodependencias como de las prisiones.

*Yo estuve en prisiones tres veces por trapicheos y estuve internado para intentar parar de consumir heroína dos veces. El problema de estos locales es que te tratan bien, pero tienes que romper con el trabajo, con sus relacionamientos. En general cuando sales te vas al encuentro de todo mal que dejaste y muchas veces estos problemas son lo suficiente para que vuelvas a incurrir en el consumo otra vez (OP).*

En este sentido se puede afirmar que las drogas establecerán una conexión muy estrecha con la producción del capital, pues además de fortalecer la expansión de los mercados y negocios transnacionales, de acuerdo con Estéves, “hay, pues, un doble discurso en la política estatal que permite a los Gobiernos vincular los mercados legales (armas) y los ilegales (drogas), creando un complejo nexo entre drogas, industria militar e hiperconsumo” (Valencia, 2010, en Estévez, 2018, p.32-33).

**Así las drogas deben ser comprendidas como una mercancía estratégica y de mucho valor**, que satisface distintos miembros de la sociedad, tales como las industrias farmacéuticas, de la guerra, el mercado negro y la comunidad científica y articula redes de capital entre distintos países y conectando diferentes categorías sociales

La RDR se inserta en este régimen de poder desde la formación de una red de acompañamiento para las personas consumidoras que las acoge y las apoya,



pero también las mantiene, de cierta manera, bajo la supervisión del Estado. A este respecto algunos entrevistados comentan sobre el malestar que sienten al respecto de los registros de actividades que requieren que los usuari@s compartan informaciones personales y sobre las drogas consumidas. Es de conocimiento de todos que estos datos son utilizados para planificar la gestión de la población.

El conjunto de estrategias metodológicas que componen el trabajo de RDR aportan orientaciones muy interesantes y útiles para el trabajo con drogodependencias. Todavía hay que reflexionar que esta fuerte preocupación en desarrollar maneras de garantizar el acceso y la adhesión de los usuarios y usuarias a los programas puede acabar convirtiéndose en tácticas de dominación y control de estos cuerpos tal como ya ha apuntado Preciado (2008) al comentar sobre el concepto de farmacopolítica.

Según Preciado en muchas circunstancias las excentricidades y las insurrecciones son rápidamente captadas como “casos clínicos” convirtiéndose en potenciales usuari@ de los sistemas sociales y de los programas farmacológicos. Estos sistemas “*equipan molecularmente a las personas para asegurar la complicidad con las formaciones represivas dominantes*” tal y como si fuéramos sujetos de laboratorio.

Por lo tanto, así como en ciertos casos se nota que las drogas se convierten en un estrategia de medicalización de la vida sirviendo como un *conjunto de moléculas disponibles hoy para fabricar la subjetividad y sus afectos* (Preciado, 2008, p. 89-90). Esto también puede fácilmente aplicarse a un servicio y a un modelo de cuidado como es la reducción de daños y riesgos.

En este sentido, la capacidad de reflexión y análisis crítica del proceso de



trabajo es fundamental para sostener una perspectiva de cuidado alineado con la defensa de la vida y de los derechos humanos.

### *Autonomía versus control*

La droga es un dispositivo que revela un régimen de poder que se produce desde un **plan conflictivo constituido entre la autonomía de las personas, como ciudadanos de derechos, y el control del Estado, como gestor de la sociedad y del mercado.**

Así la negación y la prohibición de las drogas están relacionadas con un momento histórico en que el hombre intentaba establecer una relación social diferenciada, que buscaba un despliegue del control masivo del Estado y defendía la producción de formas de vivir más autónomas y placenteras, de resistencia y crítica social. Pues no se puede olvidar, como nos enseñó Foucault, que dónde hay poder hay resistencia.

Aunque ya existieron y pueden volver a existir maneras más éticas y creativas de sí relacionado con las drogas, hoy lo que se verifica es que la conexión existente entre el consumo y las cadenas de autovigilancia y autocontrol es muy fuerte y demuestra que ninguna experiencia con drogas es una experiencia apartada de los valores culturales y morales que atraviesa la vida en sociedad. Preciado explica que la prohibición “*es un modo de trazar una frontera política al consumo*” (Preciado, 2008, p.53).

Hay que considerar también que las posibilidades de se producir un consumo ético y placentero siguen siendo fuente de amenaza a los dispositivos de control,



pues parecen estar conectados a los movimientos de libertad y transformación de las personas. Las sustancias en estos casos estarían ligadas a experiencias de expansión y de cambio de los patrones dominantes que rigen la sociedad.

De esta manera, como explica Preciado, el cuerpo no responde sólo pasivamente a las formas de control. El cuerpo también se convierte en un “*producto de la reapropiación y del agenciamiento colectivo de ciertas tecnologías del género para producir nuevas formas de subjetivación*” (Preciado, 2008, p. 278).

Así, hay que considerar la existencia de formas de resistencia y acción política que tiene que ver con operaciones de desnaturalización, desmodelización y desidentificación de los conjuntos de tecnologías de género, de raza, del sexo y de la sexualidad.

En este sentido la perspectiva de la reducción de daños y riesgos asociada con la gestión del placer se aproxima de este movimiento de resistencia contracultural y contramoral que lucha por la expansión de la autonomía y del bienestar social.

### *Tecnocuerpo y resistencias*

Como se viene discutiendo, bajo a refinadas tecnologías de control como las políticas de drogas, las formaciones identitarias pasan por significativas modificaciones que, cada vez más, abren espacios de visibilidad y **experimentación de cuerpos y placeres desviantes**.

A lo largo del trabajo de campo se tuvo acceso a muchas personas que ejemplifican esta consideración. Desde el trabajo desarrollado por Energy Control se



contactó con personas consumidoras que usan sustancias de forma terapéutica para gestionar su dolor, con personas que usan psicoactivos para estimular su creatividad y potencializar su desempeño profesional, otras que las consumen para disfrutar más de la fiesta y también aquellas personas que consumen para expandir su placer durante las relaciones sexuales.

Para Preciado, el principal hecho de este momento histórico sería lo de **transformar el sujeto en sustancia** de manera que las subjetividades *se definen por la sustancia (o sustancias) que domina sus metabolismos, por las prótesis cibernéticas a través de las que se vuelven agentes, por los tipos de deseos farmacopornográficos que orientan sus acciones* (Preciado, 2008, p.33). Así, los principales recursos de esta nueva presentación del capitalismo son extraídos de un **tecnocuerpo adicto**. Se trata de un cuerpo controlado mediante un proceso productivo de estados mentales y psicosomáticos de efecto psicotrópico.

Son cuerpos que debido a objetificación responden de forma pasiva a experiencias de excitación, frustración, placer, relajación, descarga, omnipotencia y autocomplacencia. Este tipo de funcionamiento domina todas las otras formas de producción imprimiendo una lógica ininterrumpida de consumir y destruir.

El tecnocuerpo es una noción acuñada por Donna Haraway (2004) para expresar las características de este cuerpo del siglo XXI que construye las nociones de sujeto y objeto como articulaciones de lo natural y lo artificial, presentándose como una extensión de las tecnologías de comunicación, de manera que el poder pasa a funcionar por medio del control sobre esta plataforma tecnoviva que está constantemente conectada.

Como se puede notar, las razones por las cuales una persona empieza el





consumo de una sustancia son siempre muy particulares y pueden no estar relacionadas exclusivamente a formas de patologización, más también con la posibilidad de agenciar elementos nuevos al proceso de experimentación de la vida.

Así, las sustancias también pueden operar como potencia, pues tienen el poder de producir un cambio de estado. De manera que drogarse también puede ser una experiencia de mezclarse, de experimentar el placer, de no ser una única identidad, una manera de disfrutar del placer de la multiplicidad, de transformarse y multiplicarse.

Como dice Preciado, **todas las drogas son políticas** y las ciudades reflejan el contexto del uso que se compone de circuitos de sublimación, consumo y tráfico, procesos que dan forma a la vida urbana. Por lo tanto, cada “droga” hace interconexiones con ciertas “sustancias psicoactivas” que expresan algo muy significativo sobre las posibilidades de transformación de la realidad de aquel territorio.

## 8.2 Los Programas RDR y el Contexto Político-Social

Foucault llama la atención por el hecho de que el papel del Estado dejó de ser el de productor de las estrategias de sujeción moral para ser el de gestor de ellas. Para Preciado esto explica el presente en que *tanto la biopolítica (política de control y producción de la vida) como la tanatopolítica (política de control y gestión de la muerte) funcionan como fármaco políticas* (Preciado, 2008, p.40).

Las **políticas de drogas constituyen una tecnología de gubernamentalización** que permitió, al mismo tiempo, una forma de garantizar la



expansión del mercado y la fabricación de estrategias en que las personas pueden autogestionarse y cuidarse unas en relación a las otras.

Además de esto, hay que reforzar la cuestión de género y interseccional, pues mayoría de los espacios de tratamiento, incluso los servicios de reducción de daños y riesgos, se constituyen en ambientes dominados por la presencia de hombres consumidores, que de modo invisibilizado, dictan el funcionamiento y reproducen situaciones de violencia machista y de género.

### *Criminalización y medicalización*

En el caso de las políticas de drogas prohibicionistas, la terapéutica se establece por un proceso de oposición, lucha y dominación hacia el consumo de los usuarios y usuarias aplicada por medio del proceso de **medicalización y criminalización**.

En el ámbito político, la RDR se posiciona contra la criminalización buscando actuar en defensa de los derechos, sobre todo de los estratos más pobres, de la autonomía de las personas, oponiéndose a llamada “guerra contra las drogas”, a la corrupción del sistema político y judicial, la sobrepoblación carcelaria, a la construcción de un estado policial que, a través de su anti-políticas desarrolla nuevos dispositivos de control sobre la población.

La RDR también se opone a la medicalización en la medida que intenta focalizar su trabajo en los aspectos socioeducativos y comunitarios, valorando más la persona que la sustancia consumida, involucrando los usuarios, usuarias y la comunidad en la producción y ejecución de las prácticas, invirtiendo en la formación



de l@s profesionales en diferentes temas.

Todavía, aunque se intente escapar de estas estrategias de normalización, las prácticas de RDR son atravesadas por esta gubernamentalidad en que el valor de las personas es nivelado al valor de otras mercancías. En este contexto, los usuarios y usuarias son inevitablemente clasificados entre aquellos que son “los clientes” y “los nuevos esclavos de la dependencia”, estableciendo, a partir de esto, una política de placer para los que pueden pagar y otra de supervivencia a los que no corresponden a las exigencias del mercado.

Así hay que tener en cuenta que la RDR al construir estrategias de cuidado separadas en prácticas de gestión de los riesgos y prácticas de gestión de los daños puede acabar reforzando la producción de estigmas y etiquetamiento hacia los grupos minoritarios, contribuyendo con la producción de los patrones normalizados basados en la criminalización y la medicalización.

En este sentido se pregunta: por qué no ofrecer salas de consumo en los proyectos de intervención en contextos de ocio y por qué no ofrecer servicios de análisis de sustancias dentro de los centros de reducción de daños?

El trabajo desde la RDR lleva a cuestionar la existencia de un sujeto drogadicto hegemónico y colabora con la elaboración de una crítica a determinados tipos de políticas que evidencian las relaciones de poder y de privilegio existentes entre los sujetos de una sociedad. Todavía parece un gran desafío trabajar de manera a posibilitar la visibilización de usuarias y usuarios en posición más vulnerable, no como grupos etiquetados y marginados, y si como personas con necesidades y demandas específicas.



### *Supervivientes y Kamikazes*

No se debe olvidar que en los márgenes de las farmacopolíticas y de las necropolíticas **crecen discursos y cuerpos de resistencia**. Así que en el escenario contemporáneo se destacan modos de subjetivación que pueden ser denominados como “supervivientes y kamikazes”.

Conforme afirma Mbembe (2011), estos modos de subjetivación implican una experimentación subjetiva de la vida que no deja de ser otra forma de locura. Esta forma de locura puede ser observada en las condiciones de vida en que el exceso y la dependencia ofuscan los duros procesos de constitución de sus existencias.

La muerte es un futuro que puede ser anticipado en cualquier momento y no funciona como marcador de un límite en el presente. Morir es una posibilidad vivida, muchas veces, como una solución al dolor y a la servidumbre que simboliza la vida. Como afirma el autor, *se muere viendo morir, e incluso, de alguna forma, por voluntad propia, con todas las fuerzas con el arma del sacrificio* (Mbembe, 2011, p.71).

El modo de subjetivación de los supervivientes se refiere a aquellos modos de vida que estuvieron a las puertas de la muerte, pero siguen vivos y la muerte del otro es la condición que define la propia existencia del superviviente y le permite seguir siéndolo.

Ya el **kamikaze** se reconoce en las subjetividades que transforman su cuerpo en un arma, eliminando toda posibilidad de vida. En estos casos, el poder se localiza en la capacidad de triunfar sobre la propia mortalidad, rechazando una doble prohibición social: el suicidio y el asesinato adquiriendo un estatus de transgresión.



Diferente de las tecnologías disciplinarias, las necroprácticas regulan los cuerpos individuales y de la población de acuerdo con **categorías como raza, clase y género**, haciéndolos mercancías de intercambio o hiper consumidores de los bienes ofertados, no solo por el mercado, también por el narcomercado. A su vez el farmacoprácticas posibilitan que el control pueda ser ejercido en el cuerpo bajo la administración del propio individuo que autogestiona su consumo.

Las drogas serían este **“fármaco marginal”**, como comentó un de nuestros informantes (EP16), responsable por generar una especie de cambio en el cuerpo que haría posible producir otro filtro de la percepción que lleva a una experiencia de placer que sigue deseando sin posibilidad de saciedad y donde “no nos queda más remedio que chupar el ser”.

En este nuevo diagrama de poder se señala la aparición de nuevas corporalidades, plataformas en que el individuo desea “tragar el poder”, “administrarlo”, “meterlo”, “hacérselo con el poder” (Preciado, 2008). **Las drogodependencias serían, por lo tanto, una patología derivada del farmacopoder.**

### *La gestión del placer y de la supervivencia*

Desde la lectura del poder producida por Foucault se puede reconocer que nuestros modos de ser están fuertemente influenciados por la producción de un sujeto moral que se ha ido fabricando a lo largo de la historia humana y que determina en gran parte cómo las personas deben conducirse y como la población tiene que pensar, hacer y sentir.



Este proceso también fue llamado por Foucault de “la constitución del sujeto moral”. El sujeto moral empezó a constituirse con la tradición cristiana que ofreció los elementos para su producción, basado en una cultura del miedo que asoció el placer como una forma de perjudicarse a un@ mism@. Así el placer fue asociado a una imagen negativa que fue fuertemente relacionada a procesos de descalificación y formación de estereotipos asociados al campo de la muerte y del mal.

En la actualidad, el sujeto moral se presenta más por medio de procesos de subjetivación que por códigos morales. Así, la gestión de las drogas contribuye mucho con la producción de los modos de subjetivación, se trata de la producción de un “**sujeto moral abstinente**”, un sujeto alejado de las experiencias del placer a punto de casi no poder reconocerlas tampoco vivirlas sino sobre una forma negativa o punitiva. Esto porque el sujeto moral tiene la capacidad de volver hacia sí y de introyectar el poder.

En este sentido se puede afirmar que las prácticas prohibicionistas en relación a las drogas garantizaron la producción de formas de subjetivación moral y tuvieron como objetivo orientar como la población tenía que pensar, hacer y sentir. Con esto se puede llegar a comprender cómo **el poder funciona de forma indirecta**, no actuando sobre las personas, sino conduciendo sus conductas, facilitando, dificultando o impidiéndolas.

El placer y la supervivencia son elementos importantes sino fundamentales en el contexto actual, es decir, son enfrentamientos que intentan generar formas de resistencia o al menos producir algún proceso de diferenciación frente a los procesos de control de la vida.

Por lo tanto, se añadió a la noción de **gestión del placer** la gestión de la



**supervivencia**, en el marco de la RDR, procurando destacar que lo que las personas valoran como importante en sus vidas no tiene solo que ver con su salud.

De acuerdo con Peccioli (2016) se hace necesario observar las estrategias de poder que están en juego en la actualidad.

Si las drogas permiten cambiar la percepción ordinaria de nuestra vida cotidiana, si pueden constituir un medio para sentir y pensar de manera no convencional, entonces hay que considerar que estos vehículos ilícitos de intoxicación son capaces de afectar la vida cotidiana, situada en un contexto en el que la vida es cada vez más teledirigida. No se trata solo de un conflicto sanitario, sino también de un enfrentamiento político; para el ciudadano de ese Estado, no sólo está en juego su salud (p.34).

### **8.3 Los Programas RDR y las Prácticas de Cuidados**

Tal como vimos en la historia de la política de drogas del área metropolitana de Barcelona y en el desarrollo de la Reducción de Daños y Riesgos en este territorio, el gobierno combinó la gestión de los riesgos con la tolerancia y cooperación social y distribuyó entre organizaciones no gubernamentales y asociaciones, también denominadas del tercer sector, las responsabilidades sobre el problema de las drogas, constituyendo, con esto, una compleja red de instituciones encargadas de la gestión de la red de atención a las drogodependencias.

En este contexto se produjo una distancia entre el Estado que se quedó con el papel de la administración y gerencia y las instituciones especializadas y actores



sociales expertos que fueron convertidos en sujetos de responsabilidad con autonomía para actuar en el ámbito de las políticas públicas sociales en el tema de drogas.

El Estado se ha desposeído de algunas tareas que son igual o mejor asumidas de otro modo y con menor coste, a la vez que refuerza su monopolio sobre la definición de las grandes opciones imperativas, la planificación del mapa de conjunto de los servicios y el control *a posteriori* de la conformidad de las realizaciones con los objetivos que él ha propuesto. Existe, así, una relación entre la concentración de nuevas formas de control centralizadas, especialmente a través de los sistemas informativos, y el desarrollo de sectores de libertad bajo tutela, es decir invitados a autogestionar las limitaciones que le son impuestas (Castel, 1984, p. 218).

Esta forma de gobernar está muy relacionada con la racionalidad neoliberal que propone la producción de políticas y “programas de normalización” que van dirigidas a “grupos de riesgo” y que objetivan al mismo tiempo restituir su dimensión humana y crear ciertos medios de contención espacial voluntaria que hacen con que los propios usuarios y usuarias ejerzan el control sobre ell@s mism@s.

En este sentido los programas de Reducción de daños y Riesgos pueden dialogar con estas tecnologías de gobierno, pues, de manera general, buscan reunir las personas consumidoras en distintos grupos de riesgos y proponer programas e intervenciones específicos que pueden ser utilizadas con la finalidad de clasificar y contener los contagios en espacios delimitados y gestionados por las instituciones.





Las limitaciones impuestas a los programas de reducción de daños y riesgos también se relacionan a las bajas inversiones en programas complementarios de protección social que tienden a desfavorecer el alcance de los cuidados ofrecidos a determinados grupos de personas consumidoras, principalmente los desemplead@s, los sin techo, sin papeles, inmigrantes, entre otros grupos marginados.

Desde las políticas y prácticas de Reducción de Daños y Riesgos la problemática del consumo de sustancias psicoactivas es considerada como un tema de salud pública que no se relaciona exclusivamente con las personas consumidoras, sino con el conjunto de la ciudadanía.

Aunque en el área metropolitana de Barcelona se reconoce cierta permisividad, tolerancia y flexibilidad en cuanto a la gestión, administración y consumo de drogas, las restricciones legales de algunas sustancias psicoactivas convertidas en drogas ilícitas y la criminalización por el hecho de consumirlas, mantienen las prácticas judiciales, el narcotráfico y toda la industria del rescate de l@s “toxicóman@s” en el control y disciplina en relación a todos los aspectos (adquisición, consumo, venta) que envuelven a las drogas.

Este contexto prohibitivo contribuye con la producción de un sentimiento de inseguridad y malestar en la ciudadanía (muy relacionado con una sensación de amenaza representada por personas que consumen en la calle rompiendo con las conductas normalizadas de convivencia) que funciona articulado con la producción de un movimiento discreto de criminalización y delincuencia que integra la seguridad en el rol de la política de drogas.

Además de esto, queda claro que este proceso no se dirige a todos los



grupos de personas consumidoras, sino a algunas minorías específicas y a ciertos vendedor@s de drogas que se concentran entre los grupos de mayor crecimiento entre la población reclusa europea. Como se pudo notar desde el discurso de los usuarios y usuarias entrevistados, ell@s en su mayoría tenían experiencia de encarcelamiento por cortos o largos plazos y la prisión hacía parte de un especie de circuito por donde la mayoría tenía que pasar al menos una vez.

Otro aspecto relacionado a esta problemática se refiere al tema del control y dominación del proceso de urbanización de las ciudades por parte del Estado. Tal proceso sigue siendo un tema muy conectado con la gestión de las drogas y de la población drogodependiente, como se pudo notar con la experiencia de Can Tunis en Barcelona presentada en el capítulo de las políticas.

Así, se puede afirmar que los cambios urbanos y del mercado conllevan a procesos de dispersión y reorganización de esta población en zonas distintas de la ciudad, reforzando el hecho de que el Estado sigue teniendo un papel muy importante en el control de la población y su trabajo determina en gran parte donde se conforman los guetos drogadictos urbanos en determinados periodos de la historia de la sociedad.

Otra cuestión importante en este ámbito es cuanto a la necesidad de imprimir avances más efectivos en el proceso de descriminalización de la producción, comercio y consumo de las sustancias psicoactivas. De acuerdo con una de las personas entrevistadas, no se puede negar que el contexto de la criminalización afecta significativamente en los modelos de tratamiento.

*por más tolerantes que intentamos ser, las sanciones penales retrasan,*



*cuando no boicotean, los procesos de resocialización y reinserción de nuestros usuarios. En los servicios de reducción de daños disputamos con el comercio ilegal, por esto hay que reflexionar más sobre este circuito del mercado legal y el mercado ilegal de drogas. Necesitamos mayores refuerzos en el ámbito del mercado legal, con incremento de nuevas estrategias de cuidado (EP 5, 28).*

La regulación de la producción, comercio y consumo es, por lo tanto, una alternativa que llevaría a la desvinculación de las sustancias psicoactivas de los mercados ilegales, ampliando la posibilidad de la circulación de productos de calidad y del fortalecimiento de prácticas de consumo responsable entre l@s consumidores. Además de generar un cambio en el modo de comercialización que traería beneficios importantes a los países productores, muchos de ellos, latinoamericanos que sufren con procesos de violencia brutales asociados al tráfico.

Así, buscando reflexionar sobre los modelos de tratamiento se defiende la idea de un informante que dice

*Para mí no tendríamos más que defender programas libres de drogas, tratamiento con benzodiazepinas, hospital, comunidad, metadona, buprenorfina, heroína, pues en realidad no hay una cosa mejor que la otra. Lo que tenemos que proponer es una estrategia que garantice a Pedro que programa le va mejor? (EP 5, 23).*

En este sentido, más importante que defender un o otro modelo es centrar esfuerzos en promover prácticas de cuidado con capacidad y potencialidad para ser flexibles el suficiente para adecuaren su trabajo a la necesidad y realidad del usuario



y usuaria.

Como se puede notar a lo largo de este estudio es cierto que la Reducción de Daños y Riesgos en el área metropolitana de Barcelona amplió el acceso al cuidado en el campo de las drogas, contribuyó con un cambio de mirada y defiende el derecho y la capacidad de cada persona poder elegir lo que quiere para sí y su cuerpo, todavía hay que reconocer que hablar de modo genérico de la RDR puede resultar problemático, pues se trata de una noción que aún sufre de una falta de contextualización histórico cultural.

De acuerdo con Estevan (2017), actualmente la mayor parte de las organizaciones de cuidado están basadas en modelos centrados en el mercado, ligados a ámbitos privados, asociados a relaciones marcadas por desigualdades sociales y económicas entre mujeres y hombres o entre colectivos con diferentes posiciones sociales (inmigrantes y otros).

Por lo tanto, es importante destacar que la RDR desarrollada en el área metropolitana de Barcelona se produce de modo particular en su contexto y corresponde a una organización socio-histórica concreta. Algu@s entrevistad@s incluso reconocen que, en el momento actual, hay un cierto desgaste en el concepto de reducción de daños y riesgos (EP5, EP16).

*Soy un auténtico militante de la **no** reducción de daños. En Barcelona hemos desarrollado muchas cosas y creo que ya es tiempo de abandonar este concepto y pasar simplemente a cuidar de las personas (...). A lo mejor puede ser que en algún sitio está muy bien hablar de reducción de daños y riesgo, pero no se puede hablar toda la vida de reducción de daños. Podemos hablar*



*simplemente de atención de excelencia y atender lo que la persona tenga* (EP 5, 8).

Por lo tanto, aún que las prácticas de RDR sean un avance, hay que problematizar especialmente lo que dice respecto al tipo de efectos que los programas de RDR provocan en las personas y cuestionar en qué medida la Reducción de Daños y Riesgos es capaz de intervenir y modificar la estructura social donde se inserta toda la industria del rescate de l@s usuari@s, de producción y conversión de las sustancias en “drogas”, de fabricación de los discursos a ellos relacionados.

El discurso de cuidado de la vida y de la salud es generador de una nueva forma de placer: la seguridad individual y social. Las técnicas utilizadas por la RDR tal como el trabajo pedagógico, el trabajo de vigilancia, el trabajo médico y psicológico, regulan y administran el crecimiento y la mortandad de la población para la reproducción de sí misma a través de técnicas de autocuidado, es decir, de desplazar al individuo la responsabilidad sobre su propia salud, educación y todo aquello que incide en la reproducción del capital humano que cada individuo posee.

Esta crítica dialoga con la mirada de pensadoras del ecofeminismo que defienden que la crisis en que vivimos está ligada a una crisis de cuidados (Herrero, 2012; Puleo, 2019).

El cuidado ha sido, a menudo, infravalorado por lo que ha acabado convirtiéndose en un gesto de subordinación para las mujeres; aquellas que han sido y siguen siendo las encargadas de todas las tareas de cuidado indispensables para el sostenimiento de la vida humana. Esas tareas de



cuidado son muy diversas, tales como el cuidado de las personas mayores y enfermas, la crianza de los hijos, la preparación de la comida, la limpieza del hogar, etc (Díaz Estévez, 2019, s/p)

La crisis de cuidados es un fenómeno histórico y social fruto de la división sexual del trabajo y del desequilibrio de poder y propiedad entre hombres, mujeres y la naturaleza. El cuidado es comprendido como atención, preocupación, protección, como una tarea colectiva y un ejercicio constante en la vida que pasa por el acto de respetar y preservar la diversidad de todas las formas de vida.

Además de esto hay que reconocer que el ser humano es un ser interdependiente y eco dependiente, es decir finito, necesitado y vulnerable. En este sentido, es fundamental comprender que la vida se sustenta por la cooperación y el cuidado mutuo y no por la lógica del dominio y opresión. Por lo tanto, se hace necesario *hacer visible el sometimiento, señalar las responsabilidades y corresponsabilizar a hombres y mujeres en el trabajo del cuidado y de la supervivencia* (Díaz Estévez, 2019, s/n). La tarea actual, por lo tanto, es la de revalorizar la actitud de cuidado y empatía, aplicando esto a todos los seres vivos y ecosistemas.

#### **8.4 Consideraciones sobre la RDR en el contexto de Latinoamérica**

Como se puede notar esta investigación fue desarrollada desde la mirada de



una investigadora brasileña que ha tejido consideraciones sobre las prácticas de reducción de daños y riesgos de Cataluña. Se sabe que esta mirada, distinta de la cultura europea, influye en la construcción del estudio, a lo mejor un@ investigador@ barcelonés@ presentaría, reflexionaría y cuestionaría las prácticas de RDR de manera distinta de la que se propuso en este trabajo. Quizá los puntos de atracción y crítica serían diferentes.

En este sentido se cree que, a lo largo de todo el trabajo de campo, el contexto de latinoamérica, más específicamente el contexto brasileño, estuvo atravesando las consideraciones producidas en este estudio.

Por esta razón, pensando en la producción de un entrecruzamiento de conocimientos, resultó interesante preguntar a las personas entrevistadas como ellas veían la atención a las drogodependencias realizada en latinoamérica desde su conocimiento situado.

Entre l@s informantes algunos se negaron a hablar de un contexto distinto del suyo, alegando que no se sentían legitimados para opinar, otr@s mostraron muchas ganas de apoyar y ayudar con su saber y otr@s referirán a su participación en foros internacionales con participación de países latinoamericanos y desde ahí podían aportar algo al respecto.

L@s informantes comentan que para ell@s, en Barcelona lo que se hizo fue incorporar una red de reducción de daños y riesgos a una red de tratamiento a las drogodependencias estructurada que ya estaba en funcionamiento y que era relativamente estable.

*Ya en latinoamérica, desde el trabajo de la RIOD, se nota que la mayoría de*



*los países no tienen siquiera una red de atención en drogodependencias mínima y estable para quien quiera tratarse. La inestabilidad allí es muy grande, entonces pensar en un trabajo de reducción de daños y riesgos cuesta mucho (EP2).*

De acuerdo con las personas entrevistadas, en el caso de Latinoamérica es necesario un posicionamiento mínimo en las políticas públicas de drogas y en las organizaciones especializadas en adicciones. El hecho de centrarse allí la gran parte de los campos de cultivo de las drogas, los grupos de narcos, complica y dificulta mucho la situación.

*Lo que pasa con la salud mental es que la salud mental tiene tantas problemáticas que no se da la atención directa y necesaria para el tema de adicciones. Partiendo de ahí hay que pensar a qué tipo de población quieren llegar? ¿Se quieren llegar a los normalizados o a toda población? ¿Qué presupuesto necesito para implementar esta red? (EP2, 53).*

En cuanto a Latinoamérica se apunta que el desafío es que se estructure una red especializada en adicciones más independiente y con cara propia, incluso menos apegada a la salud mental.

*Percibimos que todo lo que era Reducción de Daños y Riesgos en Latinoamérica se han puesto a luchar contra las comunidades terapéuticas y les sugerimos que tienen que trabajar en la una y unir todas las posibilidades*





*de tratamiento para la población general y para los más vulnerables (EP2).*

Otro punto comentado es que en latinoamérica, se nota que no se ha encontrado aún una manera de gestionar las comunidades terapéuticas. *Allí hay servicios donde se están saltando todos los derechos humanos habidos y por haber y nadie está supervisando lo que se pasa (EP2).* La conexión de los programas basados en la abstinencia con grupos religiosos reúne muchas personas que son defensoras del prohibicionismo y que intentan justificar la violación de derechos, a partir de argumentos de tratamiento moral.

Por lo tanto, se reconoce que hay conflictos entre los programas de reducción de daños y riesgos y otros programas de tratamiento de las adicciones basados en los programas de abstinencia. Estas contradicciones són tanto a nivel político como a nivel técnico.

En este sentido, estos conflictos entre estas dos formas de ver el trabajo en el campo de las drogas se refleja en los servicios de manera muy explícita. Así aunque haya servicios en que la perspectiva de RDR sea más aceptada esto no es consensuado entre todos l@s profesionales, de modo que en el mismo servicio se puede encontrar sentidos opuestos.

### **8.5 A Modo de Conclusión**

En relación a la cartografía revisada-construida de los programas de Reducción de Daños y Riesgos, destacamos que la Red de Atención a las Drogodependencias de la región metropolitana de Barcelona es un campo muy fértil,



interesante y estratégico para el desarrollo de investigaciones que pretendan comprender las prácticas de Reducción de Daños y Riesgos, especialmente en lo que se refiere a la variabilidad de estrategias en ejecución y planificación.

Desde el punto de vista de los participantes de este estudio, se entiende que existen problematizaciones, desafíos y dificultades en relación al trabajo en curso. Una crítica apunta a la necesidad de avanzar en el proceso de incorporación de las drogas como fenómeno cultural en la sociedad catalana y, con ello, hacer que las prácticas de reducción de daños y riesgos traspasen las fronteras del ámbito sanitario y de las políticas públicas.

Si bien se reconoce que la cartera de servicios y programas es amplia y se destaca de la mayoría de los países del mundo, l@s informantes reiteran la necesidad de ampliar recursos e inversiones como una de las mayores dificultades encontradas, además de los obstáculos y barreras que encuentran por el mantenimiento de la percepción prejuiciosa y estigmatizante de una parte importante de la sociedad que actualmente parece aceptar mejor el tema, pero sigue negándose a convivir con él.

En cuanto a los desafíos, l@s informantes presentan una serie de ideas y propuestas para la instalación de nuevos programas y proyectos, entre ellos el avance del trabajo de reducción de daños y riesgos desde una perspectiva interseccional y de género, así como la introducción desde la perspectiva ecológica en la producción de las prácticas RDR.

Desde el punto de vista de la investigadora, cuya mayor experiencia en el campo de las drogas proviene de su trabajo como psicóloga actuando en la red pública de salud en Brasil, la cartografía de los programas de RDR del área



metropolitana de Barcelona constituye una fuente de inspiración y referencia en buenas prácticas por el trabajo desarrollado en el área de drogas.

De la experiencia vivida como investigadora y observadora participante en diferentes puntos de esta red asistencial, se puede afirmar que se han producido cambios significativos en la propia práctica profesional, tanto en relación a la adquisición de conocimientos técnicos, como a la gestión y comprensión más ética del problema.

Considerando la experiencia vivida en Brasil, la inmersión en la red de drogodependencias del área metropolitana de Barcelona también ha contribuido al reconocimiento de que la red brasileña tiene un gran potencial para avanzar en un trabajo basado en la perspectiva de reducción de daños y riesgos, especialmente desde el punto de vista de la implicación y deseo de profesionales y usuari@s.

Sin embargo, desde el punto de vista de la gestión y las políticas de drogas, existe un campo de disputa de intereses y juegos de poder que constituyen obstáculos complejos que vienen obstaculizando el avance y la consolidación de las prácticas de RDR en el territorio brasileño.

En relación a la información recogida de informantes que trabajan en la implementación de estos programas y usuari@s de Cataluña, como principales voces para su valoración, uno de los aspectos relevantes que se debe tener en cuenta para comprender las prácticas de reducción de daños y riesgos es deconstruir la mirada moralista hacia a las sustancias psicoactivas y las personas consumidoras.

Así para generar políticas públicas adecuadas en el área de las drogas, es necesario invertir fuertemente en la formación técnica de l@s profesionales y en la



adquisición de conocimientos basados en referencias científicas, distanciándose lo más posible de los juicios y preceptos de un carácter moral y religioso.

A partir de ello, se debe reconocer que la relación de las personas con las sustancias psicoactivas va mucho más allá de esta visión negativa ligada a la criminalización y patologización del consumo. La inclusión del elemento del placer y la supervivencia en la perspectiva y formación de l@s profesionales y de la sociedad es fundamental para avanzar en este proceso de transformación social.

A esto se suma, desde el punto de vista técnico y profesional, la orientación del trabajo basado en el cuidado centrado en la persona y en el bienestar de la comunidad, además del enfoque en los derechos de l@s consumidores, con énfasis en la perspectiva ética del cuidado que reitera el derecho a la elección personal sobre el consumo o no de sustancias psicoactivas. La base educativa y comunitaria también son ejes a destacar en el diseño metodológico de las prácticas de RDR.

Entre las estrategias de RDR desarrolladas por la red catalana, destacamos las salas de consumo asistido y el servicio de análisis de sustancias como las principales prácticas que podrían implementarse en Brasil y que contribuirían de manera muy importante con un aumento del bienestar y de la calidad de vida de las personas usuarias. Considerando su bajo costo económico, su fácil aplicación y sus resultados positivos, sobre todo en relación al cuidado de personas consumidoras más vulnerables, tanto en términos de reducción de daños como de riesgo, indicase su incorporación en la red de atención brasileña.

Con base en la experiencia como trabajadora en Brasil, creemos que las principales dificultades para implementar estas prácticas serían los altos niveles de prejuicio y estigma en relación con el consumo de drogas y la población



consumidora más vulnerable presente en toda la sociedad, lo que requeriría del gobierno invertir en campañas educativas de sensibilización sobre el tema con amplio alcance social y procesos de formación de profesionales de la salud y de la red socioasistencial.

Además, también se asume que el alto grado de judicialización que viene dictando las prácticas de gestión pública en el país puede actuar como un obstáculo y amenaza para la implementación de este tipo de prácticas de RDR. Como ya sucedió en Brasil, a principios de la década de 1990, con la experiencia de implementación de las primeras estrategias de reducción de daños en la ciudad de Santos, que fueron interrumpidas bajo una orden judicial (Lancetti, 2008).

Las perspectivas teóricas presentadas en el estudio contribuyen para la elaboración de un análisis que sustenta la comprensión de las prácticas de reducción de daños y riesgos desde una perspectiva crítica. Así, a partir de la revisión de algunos conceptos foucaultianos que discuten las relaciones de poder, la problematización moral y la gubernamentalidad, se considera el potencial real que tienen las prácticas de reducción de daños y riesgos para generar cambios efectivos en el campo social, indagando sobre el campo de posibilidades de estas estrategias para reproducir las prácticas de control de la población y del cuerpo.

Una discusión sobre la perspectiva decolonial también formó parte de las reflexiones de este estudio, donde se busca enfatizar que ciertas categorías sociales como la raza, el género, la clase social, el país de origen y el territorio en el que se vive influyen mucho en la comprensión de la materia, así como determinan la producción de las políticas correspondientes.

Para sustentar las diferentes experiencias discutidas, se analizan las



prácticas de RDR en el área metropolitana de Barcelona y en una región del sureste de Brasil a partir de conceptos como la necropolítica y el capitalismo gore que buscan contextualizar cómo operan las redes de poder en territorios, como el latinoamericano, de una manera diferente que en los países europeos.

A esto se suma la reflexión sobre los modos de subjetivación “kamikaze” y “supervivientes”, que contribuyen a la comprensión de cómo se construyen las subjetividades agenciadas por los modos de vida de las personas más vulnerables, incluidos l@s consumidores de sustancias.

Este análisis se completa con la inclusión de la perspectiva de género y la presentación del concepto de farmacopoder que ayudan a comprender cómo se aplican las prácticas de reducción de daños y riesgos para satisfacer no solo las necesidades de las personas consumidoras, sino también las demandas relacionadas. gubernamentalidad.

En relación a las teorías críticas revisadas, es posible señalar algunas cuestiones sobre el propio concepto, los métodos de intervención y las políticas que se aplican al campo de las drogas. Por todo lo expuesto se considera fundamental que las políticas e instituciones públicas asuman estos replanteamientos tanto desde el punto de vista de las políticas como de las prácticas.

Finalmente, se cree que hubiera sido interesante haber ampliado la valoración de los programas en base a las percepciones y expectativas recogidas de una muestra de usuari@s, tratando de tener en cuenta las condiciones o contextos de vulnerabilidad de distintos tipos de consumidores, especialmente, el tiempo de consumo, el tipo de sustancias que consume, sus redes sociales, su situación con la justicia, la edad, el género, el país y cultura de origen, los recursos económicos-



laborales disponibles, su estado de salud mental, entre otros.

Es importante e imprescindible incorporar la voz de las personas usuarias, sino, tanto las políticas como los programas de RDR pueden acabar estereotipando un tipo de usuari@, unas dinámicas de funcionamiento muy estandarizadas y una posición de estos programas y servicios que corre el riesgo -valga la redundancia- de conformarse sólo con la oposición al mandato hegemónico del tratamiento patologizante del consumo de drogas, pero desprovisto de instrumentos de transformación, o sólo con ejercer una política asistencialista y auxiliar hacia un problema difícil de resolver por los sistemas sanitarios más institucionalizados.

Por otro lado, hay que tener en cuenta los diferentes contextos temporo espaciales en que se produce el consumo y las geopolíticas y económicas relacionadas, así como la construcción del significado de la droga en cada uno de esos contextos, por eso, el conocer cómo funcionan los programas de RDR en Cataluña, puede ser tomado en cuenta como un referente, a pesar de que como apuntábamos en el capítulo anterior, queda pendiente discutir acerca de cómo algunos de los procesos y valores que han sido puestos en juego en estos programas de RDR, nos permitirán construir desde el contexto brasileño y sus actores, tarea iniciada a partir de esta tesis que pretendemos continuar.

La Reducción de Daños y Riesgos ayuda a pensar la realidad y las estrategias de cuidado en otros términos y contribuye con propuestas de nuevas formas de relación con la naturaleza, las sustancias y entre las personas. Así, desde la RDR se puede reflexionar sobre cómo la crisis civilizatoria en que vivimos está compuesta por cuestiones como los cuidados, la vida en comunidad, los problemas



socio-ecológicos, entre otros.

De la misma manera se entiende que las drogodependencias denuncian la insostenibilidad del modelo del mercado que nos lleva a un contexto de desastre y destrucción tanto a nivel individual como del ecosistema y del hombre como especie humana. Desde esta perspectiva se defiende que las identidades de las personas consumidoras de drogas son construcciones sociales e históricas que están abiertas a procesos de transformación y cambios por vías como la educación, la salud, la cultura y la garantía de derechos.

Enfin, por todo lo que se ha encontrado se reconoce que la Reducción de Daños y Riesgos tiene sus propias luces y suponen avances importantes en el ámbito del cuidado y de cambios en relación a los estigmas relacionados a las identidades y perspectivas de las personas consumidoras y de la propia sustancia, pero apunta algunas sombras, sobre todo, a un nivel de transformación social más profundo.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agamben, G. (1998), *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*, España, Pre-textos.

Agamben, G. (2001), *Medios sin fin*, España, Pre-textos.





Agamben, G. (2004), *El estado de excepción*, Valencia, Pre-textos.

Alexander, B., Coombs, R. B., & Hadaway, P. F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58(2), pp. 175–179.

Andreo, L., Rogés, J., Marco, C, Bua, A., Segador, M., Gómez, S., Henar, E., Coromina, M., Camí, J., Delàs, J., Díaz, O., & Aguas, M. (2013). Síndrome post consumo en consumidores de cocaína inyectada a partir de observaciones realizadas en salas de consumo de diferentes ciudades españolas. *Low Threshold Journal*, 1, pp. 13-16.

Anoro, M., Ilundain, E., & Santisteban, O. (2003). Barcelona's safer injection facility – EVA: a harm reduction program lacking official support. *Journal of Drug Issues*, 33 (3), pp. 689-712.

Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCat). (2015). Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Informe anual 2014. Barcelona: ASP Cat.

Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) (ed). Programes de Reducció de danys. [http://www.aspb.cat/quefem/reduccio\\_danys.htm](http://www.aspb.cat/quefem/reduccio_danys.htm)

Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) (ed). (2004). Programa dispensación de metadona para drogodependientes marginales. Barcelona: ASPB.



Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) (ed). (2006). Pla d'acció de drogodependències de Barcelona 2006-2008. Barcelona: ASPB.

Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCat) (ed). (2015). Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. In: Informe Anual 2014. Barcelona: ASP Cat.

Albertín, P., Cubells, J., & Iñiguez, L. (2011). The socioconstructions of drug users in professional intervention. *Journal of Social Work Practice*, 25 (2), pp. 117-232.  
<https://doi.org/10.1080/02650533.2010.548859>

Albertín Carbó, P., & Iñiguez, L. (2008). Using drugs: the meaning of opiate substances and their consumption from the consumer perspective. *Addiction Research & Theory*, 16 (5), pp.434-452.

Albertín, P. (2000). La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos. *Intervención Psicosocial*, 9 (2), pp. 217-231.

Albertín Carbó, P. (1999), *Consumir heroína: relaciones, significados y vida cotidiana*, Girona, Universitat de Girona.

Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y Drogas*, 16(2), pp. 115-125.



Archambault, E. F. (2011). Introducción. *Necropolítica*. España: Melusina.

Arza, J. (2013). *Estrategias para la atención sociosanitaria: el caso de las drogodependencias en Navarra (1993-2009)* [Tesis de Doctorado]. Universidad Pública de Navarra, Navarra.

Arendt, H. (1996), *La condición humana*, Buenos Aires, Paidós.

Arendt, H. (1997), *¿Qué es la política?*, Barcelona, Paidós.

Augusto, C. V., & Lucena, N. A. [Ed.]. (2011), *Cuerpos políticos y agencia: reflexiones feministas sobre cuerpo, trabajo y colonialidad*, Granada, Universidad de Granada.

Barratt, M.J., Kowalski, M., Maier, L.J., & Ritter, A. (2018). Global review of drug checking services operating in 2017. *Drug Policy Modelling Program Bulletin*, 24, Sydney, Australia, National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW Sydney.

Becker, H. (1953). Becoming a marihuana user. *American Journal of Sociology*, 59, pp. 235–242.

Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Pedrero Pérez, E. J., Fernández Hermida, J. R., Casete Fernández, L., Bermejo González, M. P., & Gradolí, V. T. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.



<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicaIntPsicologica.pdf>

Bravo, M. J., Royuela, L., De la Fuente, L., Brugal, M. T., Barrio, G., & Domingo-Salvany, A. (2009). Use of supervised injection facilities and injection risk behaviour among young drug injectors. *Addiction*, 104 (4), 614-619.

Brugal, M.T., Espelt, A., & Guitart, A. [Ed.]. (2009), *Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-2012*. Barcelona: ASPB.

Brugal, M.T.; Guitart, A.; & Espelt, A. [Ed.]. (2013). *Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2013-2016*. Barcelona: ASPB.

Brunt, T. M., Nagy, C., Bücheli, A., Martins, D., Ugarte, M., Beduwe, C., & Ventura Vilamala, M. (2017). Drug testing in Europe: monitoring results of the Trans European Drug Information (TEDI) project. *Drug Testing and Analysis*, 9(2), pp. 188-198.

Burris, S., Norland, J., Edlin, B.R. (2001). Legal aspects of providing naloxone to heroin users in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 12, pp. 237-248.

Butler, J. (1997), *Mecanismos psíquicos del poder*, Valencia, Cátedra.

Butler, J. (1990), *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*, Londres,



Routledge.

Caponi, S. (2009). Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciências & Saúde Coletiva*, 14 (1), pp. 95-103.

Castel, R. (1984), *La gestión de los riesgos. De la anti psiquiatría al postanálisis*, Barcelona, Anagrama.

Castro, E. (2004), *El vocabulario de Michel Foucault: Un recorrido alfabético por los temas, conceptos y autores*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes Edición.

Caudevilla Galligo, F. (2007), *Éxtasis (MDMA). Gestión de placeres y riesgos*, Zaragoza, Amargord.

Clark, M. (2011). Conceptualizing addiction: How useful is the construct. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(13), pp. 55-64.

Cluã García, R. (2012). No ritmo do bombeio: teoria e métodos para o estudo antropológico em um espaço de venopunção assistida em Barcelona. *Cuadernos de Campo*, 21 (1), pp. 255-271.

Cluã García, R., Tenza Herades, G., & Minguenza Ortega, J. (2015). *Guia de Bones Pràctiques En Els Programes D'intercanvi de Xeringues*. Agència de Salut Pública de Catalunya.



Cluà García, R. (2016). *¡Apúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona* [Tesis de Doctorado de Antropología Social y Cultural]. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Collins P. H. (1990), *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*, Boston, Unwin Hyman.

Combahee River Collective. (1977). A black feminist statement. Moraga, C. y Anzaldúa, G. This bridge called my back: writings by radical women of color. Nueva York, Kitchen Table, *Women of Color Press*, pp. 210-218.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine. *Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum, Chicago, p.139-167.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: intersectionality and identity politics and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43 (6), pp. 241-299.

Conselho Federal de Psicologia (2018). *Relatório da inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas 2017*. Brasília: CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>



Costa-Rosa, A. (2013), *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*, São Paulo, Unesp.

Curtó, F. (2011), *La gestió d' una iniciativa resistida: el cas de la Sala de Venopuncio a l'hospital de la Vall d' Hebron*, Barcelona, ESADE.

Dai, B. (1937), *Opium Addiction in Chicago*, New Jersey, Criminal Justice Press.

Dalla Vecchia, M., Ronzani, T. M., Paiva, F. S., Batista, C. B., & Costa, P. H. A. (2017). *Drogas e Direitos Humanos: reflexões em tempos de guerras às drogas*, Porto Alegre, Rede Unida.

Daigre, C., Comín, M., Rodríguez-Cintas, L., Voltes, N., Alvarez, A., Roncero, C., Gonzalvo, B., & Casas, M. (2010). Valoración de los usuarios de un programa de reducción de daños integrado en un ambulatorio de drogodependencias. *Gaceta Sanitaria*, 24(6), pp.446-452.

De Andrés, M., Magrí, N., & Borrás, T. (1996). *Programas de reducción de riesgo*, Barcelona, GRUP IGIA.

De Marinis, P. (2002). Ciudad, cuestión criminal y gobierno de las poblaciones. *Política y Sociedad*, 39, 2, pp. 319-338.



Delás, J., Priore, A.G., Pigem, A., & Aguas, M. (2008). Síndrome post consumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada. *Medicina Clínica*, pp. 130:35-6.

Delás, J., Adán, E., Aguas, M., Andreo, L., De Andrés, M. E., De Andrés, M., Bacovich, I., Català, G., Camí, J., Díaz, O., Eningo, D., Fernández, M., García, M., Penche, R. G., González, V., Grifols, M., Iannello, D., Kistmacher, R., Martín, G., Martínez, M., Martínez, R., Morcillo, C., Rivas, T., Sbert, R. Serra, L., & Trujillo, A. (2014). *Atenció sanitària en zones urbanes socialment deprimides*, Barcelona, Creu Roja Catalunya y El Ciervo 96 S. A.

Díaz Estévez, A. (2019). Ecofeminismo: poniendo el cuidado en el centro. *ENE*, 13 (4). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1072>

Dietze, P., Winter, R., Pedrana, A., Leicht, A., Majó, X., & Brugal, M.T. (2012). Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin. *International Journal Drug Policy*, 23, pp.257-260.

Dobkin de Rios, M. (1973). Curing with ayahuasca in an Urban Slum. Harner, M. [Ed.]. *Hallucinogens and Shamanism*, New York, Oxford University Press.

Dreyfus, H. L., & Rabinow, P. (2010), *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*, Rio de Janeiro, Forense Universitária.





Drucker, E. (1995). Harm reduction: A public health strategy. *Current Issues in Public Health*, 1, pp. 64-70.

Duclos, N. (1993). Disappearing women: racial minority women in human rights cases. *Canadian Journal of women and the law*, 6, pp. 25-51.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2018). Salas de Consumo Supervisado de Droga: una visión general de los servicios prestados y los datos disponibles. *Thematic Paper Office for Official Publications of the European Communities*.

Erickson, P.G., Riley, D.M., Cheung, Y.W., & O'Hare, P.A. (1997). Introduction: The search for harm reduction. Erickson, P.G., Riley, D.M., Cheung, Y.M., O'Hare, P.A. [Eds.]. *Harm reduction: A new direction for drug policies and programs*, Toronto, Toronto University Press.

Estévez, A. (2018). Biopolítica y Necropolítica: constitutivos u opuestos? *Espiral: estudios sobre Estado y Sociedad*, 73, 25, pp. 9-43.

Fericgla, J. M. (1985), *El bolet i la gènesi de les cultures: gnoms i follets, àmbits culturals forjats per l'Amanita muscaria*, Barcelona, Ediciones Altafulla.

Esteban, M. L. (2017). Los cuidado, un concepto central en lateoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e*, 22, 2, pp.33-48.



[www.antropologia.cat](http://www.antropologia.cat)

Folch, C., Casabona, J., Brugal, M.T., Majó, X., Meroño, M., Espelt, A., & González, V. (2012). Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 26 (1), pp. 37-44.

Foucault, M. (1979), *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Graal.

Foucault, M. (1981-1982). Las redes del poder. Texto de la Conferencia proferida en 1976 en la Facultad de Filosofía de la Universidad del Brasil. La traducción del francés al portugués la realizó Ubirajara Rebouças y la traducción del portugués al castellano Heloísa Primavera. *Barbarie*, pp. 4-5.

Foucault, M. (2002), *A verdade e as formas jurídicas*, Rio de Janeiro, Nau.

Foucault, M. (2003). Sexualidade e Poder. *Ditos e Escritos V. Ética, Sexualidade e Política*, Rio de Janeiro, Forense Universitária, pp.56-76.

Foucault, M. (2004). O uso dos prazeres e as técnicas de si. *Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade e Política*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, pp. 192-217.

Foucault, M. (2004a). O retorno da moral. *Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade e Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, pp. 252-263.



Foucault, M. (2010), *O governo de si e dos outros*, São Paulo, WMF Martins Fontes.

Foucault, M. (2012), *A ordem do discurso*, São Paulo, Loyola.

Fredman, S. (2005). Double trouble. Multiple discrimination and EU law. *European Anti-Discrimination Law Review*, 2, pp.13-18.

Fromberg E. (1995). The ideologies behind harm reduction. *6th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*, Firenze.

Funes, J. & Romani, O. (1985). *Dejar la heroína: vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*, Madrid, Cruz Roja Española.

García, V., Graugés, D., Queralt, A., Ribot, N., Brugal, MT, & Caylà, J A. (1999). Diez Años del Sistema de Información de Drogas de Barcelona (SIDB). *Gaceta Sanitaria*, 13 (2), pp. 8113.

García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y Drogas*, 15(1), pp. 5-14.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967), *The discovery of grounded theory*, Chicago, Aldine Press.



Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA, *Sociology Press*.

Goulding, C. (1998). Grounded theory: the missing methodology on the interpretivist agenda. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 1 (1), pp. 50-57.

Grabham, E. (2006). Taxonomies of inequality: lawyers, maps and the challenge of hybridity. *Social and Legal Studies*, 15 (1), pp.5-23.

Grabham, E.; Cooper, D.; Krishnadas, J; Herman, D. (eds.). (2009), *Intersectionality and beyond: law, power and the politics of location*, Routledge-Cavendish, United Kingdom.

Grassi, E. (2001). Cuestión social, cuestión de Estado: lo político de la política social. *VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Buenos Aires, Argentina, pp. 5-9.

Grup Igia (2000), *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona y FAD.

Grup Igia (2001), *Gestionando las drogas*, Barcelona, GRUP Igia.

Gržinić, M., & Tatlić, Š. (2014), *Necropolitics, Racialization, and Global Capitalism. Historicization of Biopolitics and Forensics of Politics, Art, and Life*, Lanham, Lexington Books.



Guardia Serecigni, J. (2000). Neuroimagen y drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), pp. 313–317.

Guardia Serecigni, J., Segura García, L., & Gonzalvo Cirac, B. (2000). Aplicaciones de las técnicas de neuroimagen en las conductas adictivas. *Adicciones*, 12(3), pp. 395–412.

Haraway, D. J. (1995). Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Cátedra, Madrid, pp. 251-311.

Haraway, D. J. (2004). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, 22, pp. 201-246.

Harm Reduction International. (2016). *Global state of harm reduction*. <https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-reports>.

Harris, H. (1970), *El trabajo social individualizado*, Madrid, RIALP.

Hedrich, D. (2004), *European report on drug consumption rooms*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Hedrich, D.; Kerr, T.; & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe



and beyond. Rhodes, T.; & Hedrich, D. Harm Reduction: evidence, impacts and challenges. Luxemburgo: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. pp.305-331.

Herrero, Y. (2012). *Feminismo y ecología*. <https://www.mujaresenred.net/spip.php?article2060>

Holloway, S., Valentine, G. & Jayne, M. (2009). Masculinities, femininities and the geographies of public and private drinking landscape. *Geoforum*, 40, pp.821-831.

Hungerbuehler, I., Buecheli, A., & Schaub, M. (2011). Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use - evaluation of zurich's drug checking services. *Harm Reduction Journal*, 8(1), pp. 16. <http://doi.org/10.1186/1477-7517-8-16>

Ibáñez Cuadrado, Á. (2008). Genética de las adicciones. *Adicciones*, 20(2), 103–110.

Ibáñez, T. (1983), *Poder y Libertad*, Barcelona Eds. Hora.

Insua, P. [Ed.] (1999), *Programa de formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas*, Madrid, Ministerio de Sanidad.

Jiménez Rodrigo, M.L. (2010). La feminización del consumo de tabaco:



¿convergencia o desigualdad? *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3), p, 285-296.

Jiménez Rodrigo, M.L. (2011). Mujeres, abandono de tabaco y barreras de género. *Feminismo/s*, 18, pp. 39-66.

Jiménez Rodrigo, M.L. & Guzmán Ordaz, R. (2012). Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. *Oñati Socio-legal Series* [online], 2 (6), pp. 77-96. <http://ssrn.com/abstract=2111917>

Joseph, J. (2006). Drug offenses, gender, ethnicity, and nationality: women in prison. England and Wales, *The Prison Journal*, 86, pp. 140-157.

Junkie Bund Basel. Principes de base du Junkie Bund Basel. Rihs-Middel, M., Clerc, J., RStamm [Eds.]. *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: Recueil d'études et d'expériences*. Genève, Éditions Médecine et Hygiène, 1996.

Klinger, C., Knapp, G. A. (2007). Achsen der Ungleichheit - achsen der differenz: verbättnisbestimmungen von klasse, Geschlecht, Rasse >> Ethnizität. Klinger, C.; Knapp, G. A.; Sauer, B. Achsen der Ungleichheit: Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität. Frankfurt: Campus Verlaag, p. 19-42.

Knapp, G. A. (2005). Race, class, gender. Reclaiming baggage in fast traveling theories. *European Journal of Women's Studies*, 12, 3, pp. 249-265.



Koob, G. F., & Simon, E. J. (2009). The neurobiology of addiction: where we have been and where we are going. *Journal of Drug Issues*, 39 (1), pp. 115–132.

Lauretis, T. (1990). *Eccentric subjects: feminist theory and historical consciousness*. *Feminist Studies*, 16, pp.115-150.

Laespada, T., & Iraurgi, I. [Eds.]. (2009), *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína*. Bilbao, Publicaciones de la Universidad de Deusto.

Leache, P. A., & Llombart, M.P. (2009). Una lectura del género como dispositivo de poder. *Sociológica*, 24 (70), pp. 115-152.

Levine, H. G. (1978). The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 15, pp. 493–506.

Lévi-Strauss, C. (1997). Los hongos y la cultura. *Antropología Estructural*. México, Siglo XXI Editores.

Lindesmith, A. R. (1947), *Opiate addiction*, Bloomington, Principia.

Macrae, E. (1992), *Guiado pela Lua. Xamanismo e uso ritual da ayahuasca no culto do Santo Daime*, São Paulo, Brasiliense.





Maher, L. (1997). *Sexed work: gender, race, and resistance in a Brooklyn drug market*, Oxford University Press.

Martín, G. J. (2016). *Quiérete mucho maricón*, Barcelona, Roca.

Martín, G. J. (2020), *Gay Sex*, Barcelona, Roca.

Martín Palomo, M. T., Miranda López, M. J., & Vega Solís, C. (2002). Nuevos y viejos elementos en el debate sobre las drogas. *Política y Sociedad*, 39 (2), pp. 399-414.

Martínez, P. (2009), *Extrañándonos de lo normal. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*, Madrid, Horas y horas.

Mbembe, A. (2011), *Necropolítica*, España, Editorial Melusina.

McBride, N., Farrington, F., Midford, R., Meuleners, L., Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 99(3), pp. 278-291.

Megias, E. (2000), *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*, Barcelona, Fundación la Caixa.

Megias, E. (2001), *Valores sociales y drogas*, Madrid, FAD.



Megias, E., Rodriguez, E., Megias, I., Navarro, J. (2005), *La percepción social de los problemas de drogas en España 2004*, Madrid: FAD.

Meneses, C. (2006). Invisibilidad y estigmatización del consumo de drogas en las mujeres. García Mina, A., & Carrasco, M.J. *Diferencias de género en el uso de las drogas*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, pp. 13-35.

Meneses, C. (2010). Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3), pp. 329-344.

Meneses, C., (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*, 11 (1), pp. 51-63.

Musto, D.F., & Ramos, M. R. (1981). A follow-up study of the New Haven morphine maintenance clinic of 1920. *The New England Journal of Medicine*, 304, pp. 1071-1077.

Nadelmann, E., McNeely, J., & Drucker E. (1997). International perspectives. Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millman, R.B., Langrod, J.G. [Eds.]. *Substance abuse: a comprehensive 3rd textbook*. Baltimore, Williams and Wilkins.

Newcombe, R. (1995). La reducción de los daños relacionados con las drogas: Un marco conceptual para la teoría, la práctica y la investigación. O'Hare, P.,



Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E., & Drucker, E. [Eds.]. *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona, GRUP Igia. (original 1992), pp. 25-39.

Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E., O'Hare, P. [Eds.]. (1993), *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science*, London, Whurr.

NIDA. (2012), *Principles of drug addiction treatment. A research-based guide*, NIH Publication.

O'Hare, P., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E., & Drucker, E. (1995), *La reducción de los daños relacionados con las drogas*, GRUP IGIA.

Oró, D.P.M., Gómez, J.P. [Ed.]. (2013), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Lleida, Editorial Milenio.

Pallarés, J. (1996), *El placer del escorpión. Antropología de la heroína en Cataluña*, Lleida, Milenio.

Pallares, J., Díaz, A., Barruti, M., Espluga, J., & Canales, G. (2006), *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Metodologia i Informe evolutiu 1999 - 2005*, Barcelona, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

Pallares, J., & Martínez Oro, D. P. (2010), *Una mirada femenina hacia la cocaína*,



Lleida, Milenio.

Page, J. B., & Singer, M. (2010), *Comprehending Drug Use. Ethnographic Research at the social margins*, New Jersey, Rutgers University Press.

Pascual, C. (2002). Evolución de las estrategias y modelos asistenciales sobre drogas. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid, FAD.

Peccioli, M. R. (2016). Deleuze, drogas e literatura: o 'corpo sem órgãos' de William Burroughs. *Aurora: revista de arte, media y política*, 9 (27), pp. 31-46.

Pedrero Pérez, E. J., & Ruiz Sánchez de León, J. M. (2014). Perspectiva histórica y estado de la cuestión. Pedrero Pérez, E. J., & Ruiz Sánchez de León, J. M. [Eds.], *Neuropsicología de la Adicción*, Madrid, Editorial Médica Panamericana.

Peele, S. (1985), *The meaning of addiction. Compulsive experience and Its interpretation*, New York, Lexington Books.

Peyraube, R. Estigma de las personas que usan drogas. Cuidados de la salud y derechos humanos en América Latina. Dalla Vecchia, M., Ronzani, T. M., Paiva, F. S., Batista, C. B., & Costa, P. H. A. *Drogas e Direitos Humanos: reflexões em tempos de guerras às drogas*. Porto Alegre, Rede Unida, 2017.

Phillips, B. J. (1997). Thinking into it: consumer interpretation of complex advertising



images. *The Journal of Advertising*, 16 (2), pp. 77-87.

Platero, R. (L). (2012), *Intersecciones. Cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona, Bellaterra.

Potier, C., Laprèvote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and alcohol dependence*, 145, pp. 48-68.

Preciado, P. B. (2008), *Testo Yonqui*, Madrid, Espasa.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 47, pp. 1102-14.

Puar, J. K. (2007), *Terrorist assemblages: homonationalism in queer times*, Durham, Duke University Press.

Puar, J. K. (2011). I would rather be a cyborg than a goddess. *Intersectionality, assemblage and affective politics*. <http://www.eipcp.net/transversal/0811/puar/en>

Puigdevall Cabrera, E., & Albertín Carbó, P. (2016) ¿Cómo hacer análisis cualitativo? Utilizando la grounded theory para conocer percepciones y construcciones sobre la violencia de género en la pareja por parte del sistema jurídico penal. *Revista d'Ensenyament de la Psicologia: Teoria i Experiència (REPTE)*, 10, pp. 1-23.



<https://www.raco.cat/index.php/Repte/article/view/318127>

Puleo, A.H. (2019), *Claves ecofeministas: para rebeldes que aman a la tierra y a los animales*, Madrid, Plaza y Valéz Editores.

Rebolledo, N.O., & Costa, M.C.S. (2005). Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13, pp. 903-911.

Revel, J. (2005), *Foucault: conceitos essenciais*, São Carlos, Claraluz Editora.

Robison, A. J., & Nestler, E. J. (2012). Transcriptional and epigenetic mechanisms of addiction. *Nature review of neuroscience*, 12(11), pp. 623–637.

Rhodes, T. (1996), *Outreach work with drug users: principles and practice*, Council of Europe Publishing.

Rodríguez, E. (2010). Sin riesgos no hay beneficios: una lectura en el contexto de los consumos de drogas. Romaní, O. [Ed.]. *Jóvenes y riesgos. ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona, Bellaterra, pp. 123-131.

Rodríguez García de Cortázar, A.; García, M. H.; León, A.C.; Calleja, J.M.G.; & Avilés, N. R. (2007). ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo? *Adicciones*, 19 (2), 153-168.



Rodríguez San Julian, E., Ballesteros Guerra, J. C., Megias Quiros, I., & Rodríguez Felipe, M. Á. (2008), *La lectura juvenil de los riesgos de las drogas: del estereotipo a la complejidad*, Madrid, FAD/Caja Madrid.

Roig Forteza, A. (2017). *Acceptabilitat i viabilitat d'un estudi d'intervenció basada en estratègies d'apoderament i enfoc de gènere per tal de disminuir els danys associats al consum de drogues*. Fundació Àmbit Prevenció i CEEISCAT, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

Romaní, O. (1983), *A Tumba Abierta. Autobiografía de un Grigota*, Barcelona, Anagrama.

Romaní, O. (1999), *Las drogas: sueños y razones*, Barcelona, Editorial Ariel.

Romaní, O. (2000). El contexto Sociocultural. Díaz, M., & Romaní, O. [Eds.]. *Contextos, Sujetos y Drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona, GRUP IGIA.

Romaní, O. (2003). Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado?. Bergalli, R. [Ed.] *Sistema penal y problemas sociales*. Valencia, Tirant lo Blanch, pp. 429-450.

Romaní, O. (2004). ¿Cómo se ha informado de las drogas en la sociedad española?



Intervención social, percepciones, y valores. Pantoja, L., & Abejón, J, A [Ed.]. *Los medios de comunicación y el consumo de drogas*. Bilbao, Universidad de Deusto, pp. 39-65.

Romero Bachiller, C., & Montenegro, M. (2018). Políticas públicas para la gestión de la diversidad sexual y de género: un análisis interseccional. *Psicoperspectivas: individuo y sociedad*, 17, pp. 1.

Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías Humanitas*, 5, pp. 69-83.

Romo Avilés, N. & Gil García, E. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 8(4), pp. 243-50.

Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3), pp. 269-272.

Romo, N. & Pérez, N. (2013). Las chicas también se arriesgan. Martínez, D.P., & Pallarès, J. [Eds.]. *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Barcelona, Ed. Milenio, pp. 239-250.

Roncero, C., Martínez-Luna, N., & Daigre, C. (2013). Psychotic symptoms of cocaine self-injectors in a harm reduction program. *Substance Abuse*, 34 (2), pp. 118-121.





Rovira Guardiola, J. & Hidalgo, E. (2003). Gestión del placer y del riesgo o cómo enseñar a disfrutar la noche y no morir en el intento. *VIII Jornadas Sobre Prevención de Drogodependencias de Alcorcón*. [www.energycontrol.org](http://www.energycontrol.org)

Rovira Guardiola, J., Cortés, E., Vidal Guiné, C., Rodríguez, E. A., Armengol, G.B., Álvarez, N. C., Cluà García, R., & Ventura, M. (2018), *La reducción de daños en la intervención con drogas: concepto y buenas prácticas*, España, RIOD.

Rui, T. (2014), *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*, São Paulo, Editora Terceiro Nome (Coleção Antropologia Hoje).

Sales, P. (2009). Women in drug markets: an intersectionality approach to a sociological theory of drug dealing. *Dissertation Abstracts International: The Humanities and Social Sciences*, 70 (6). [http://gateway.proquest.com/openurl?url\\_ver=Z39.88-2004&res\\_dat=xri:pqdiss&res\\_ft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res\\_dat=xri:pqdiss:3359562](http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&res_dat=xri:pqdiss&res_ft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqdiss:3359562)

Sepúlveda Galeas, M. (2002). Repensado la retórica de los riesgos. Hopenhayn, M. [Ed.]. Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas. *Cuaderno de políticas sociales*, Santiago de Chile, Cepal, pp. 50-61.

Sepúlveda Galeas, M., Báez, F., & Montenegro, M. (2009), *No en la puerta de mi casa. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*, Barcelona,



GRUP Igia.

Sepúlveda Galeas, M. (2010). Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: cuando la chance deviene presagio. *El Cotidiano*, 163, p. 55- 65.

Sepúlveda Galeas, M. (2011). *El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: exotización, vicio y enfermedad* [Tesis doctoral]. Tarragona, Universidad Rovira i Virgili.

Sepúlveda Galeas, M., & Drove, T. A. (2015). Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: análisis de las prácticas de gobierno en torno al problema drogas en Chile posdictatorial. *Universitas Psychologica*, 14 (5), pp. 1707-1722.

Shaw, C. (1966), *The Jack-Roller: a delinquent boy's own story*, Chicago, University of Chicago Press.

Simien, E. (2007). Doing intersectionality research: from conceptual issues to practical examples. *Politics & Gender*, 3 (2), pp. 264-271.

Stoehr, J. D. (2006), *The Neurobiology of addiction*, Philadelphia, Chelsea House Publishers.

Stuart, D. (2013). Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursering*, 13, pp.1-5.



Souza, T. P. (2014). O nascimento da biopolítica das drogas e a arte liberal de governar. *Fractal: Revista de Psicologia*, 26, 3, pp. 979-998.

Souza, T. de P. (2013). *A norma da abstinência e o dispositivo drogas: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos)*. [Tese de Doutorado]. Universidade Estadual de Campinas. Campinas. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000908456>

Suárez, A. L., Esquerré, S. F., Cabacés, T. B., & Aritzeta, I. P. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: Estudio cualitativo sobre un Grupo de Auto Apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas*, 20, pp. 9-22.

Taylor, S.J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Editorial Paidós Básica, pp. 100-132.

Theron, I.B., & Sappey, J.R. (2012). The methodological identity of shadowing in social science research. *Qualitative Research Journal*, Bathurst, 12 (1), pp. 7-16. <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/144398812112222697>

Torrents, O. (2006). Perfil psicológico de sujetos toxicómanos en activo, usuarios de un programa de reducción de daños. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33 (1), pp. 24-33.



Trujols, J., & Marco, A. (1999). Los programas de reducción de daños en el medio penitenciario(I): encuadre a partir del análisis de su desarrollo en el contexto extrapenitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, pp.32-46.

Valencia, S. (2010), *Capitalismo gore*, España, Melusina.

Vecino, C., Villalbí, J.R., Guitart, A., Espelt, A., Bartroli, M., Castellano, Y., & Brugal, M.T. (2013). Apertura de espacios de consumo higiénico y actuaciones policiales en zonas con fuerte tráfico de drogas: evaluación mediante el recuento de las jeringas abandonadas en el espacio público. *Adicciones*, 25(4), pp. 333-338.

Velarde, D. F. B. (2022). Prácticas discursivas del Estado mexicano sobre drogas: la construcción de las condiciones que rodean a su uso. [Thèse de Doctorat de Psicología Social] Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

Waldorf, D., Orlick, M., Reinerman, C. (1974), *Morphine maintenance: The Shreveport clinic 1919-1923*, Washington, DC, Drug Abuse Council.

White, W. L. (2000). Addiction as a disease: the birth of a concept. *Addiction*, 51, pp. 73.

Windsor, L.C., Benoit, E. & Dunlap, E. (2010). Dimensions of oppression in the lives of impoverished black women who use drugs. *Journal of Black Studies*, 41 (1), pp.



21-39.

Windsor, L.C., & Dunlap, E. (2010). What is substance use about? Assumptions in New York's drug policies and the perceptions of African Americans who are low-income and using drugs. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 9 (1), pp. 64-87.

Winker, G., & Degele, N. (2009). *Intersektionalität: zur Analyse sozialer Ungleichheiten*, Bielefeld.

Wodak A. (1997). Public health and politics: the demise of the ACT heroin trial. *Medical Journal of Australia*, 167, pp. 348-349.

Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and feminist politics. *European Journal of Women's Studies*, 13, 3, pp.193-209.

Zimberg, N. E. (1972). Heroin use in Vietnam and the United States: a contrast and a critique. *Archives of General Psychiatry*, 26 (5).

Zimberg, N. E. (1984), *Drug, Set, and Setting: The basis for controlled intoxicant use*.



## 10. ANEXOS

### 10.1 **Anexo 1**



## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo D./ Dña. \_\_\_\_\_, con DNI/ NIE nº \_\_\_\_\_, expreso mi participación voluntaria en la investigación **Cartografías de las drogas: Estudio de la Reducción de Daños y Riesgos y de las prácticas de Gestión de Placeres desde Cataluña**, entiendo que los datos personales que aportaré, así como los resultados que se obtengan, se utilizarán estrictamente con fines académicos y de ningún modo se harán públicos, manteniendo así la confidencialidad y el anonimato de la persona informante, pudiendo retirarse de la misma en cualquier momento sin dar explicaciones y sin que ello implique perjuicio a mi persona.

Dispongo de información suficiente sobre la investigación, he podido hacer preguntas sobre ella y conozco el uso que se hará de mis datos personales. Tengo conocimiento de que la lista de equivalencias entre códigos e identidades se destruirá una vez que haya terminado la investigación.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que las informaciones por mi presentadas sean utilizadas para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Agradecemos tu colaboración en la realización de esta investigación.



Barcelona, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Yo (nombre del participante) ..... expreso mi deseo de participar en la realización de dicha investigación.

Firma:

Fecha:

Yo, Camila Cristina de Oliveira Rodrigues, DNI Y7400369-H, me comprometo a guardar la confidencialidad y anonimato de la información facilitada por la persona informante.





## CARTA DE PRESENTACIÓN

Barcelona, 29 enero de 2020.

CAMILA CRISTINA DE OLIVEIRA RODRIGUES, es estudiante de Doctorado en Psicología Social de la Universidad Autònoma de Barcelona (UAB), a la cual dirijo su tesis doctoral. El objetivo de su trabajo es desarrollar una investigación sobre la Reducción de Daños en el uso y consumo de sustancias psicoactivas o drogas: **Cartografías de las drogas: Estudio de la Reducción de Daños y Riesgos y de las prácticas de Gestión de Placeres desde Cataluña.**

El tema abordado en esta investigación es de gran relevancia, pues hay pocas investigaciones y publicaciones en portugués sobre este tema, lo que lleva a una discusión académica muy incipiente en este campo. Además, hay pocas experiencias en salud pública que desarrollan estas prácticas en Brasil, a pesar de los excelentes resultados que el trabajo realizado desde las estrategias de reducción de daños ha demostrado en los países donde se han implementado. En Cataluña (ES), estas estrategias han estado funcionando durante más de diez años, por lo que creemos que esas experiencias tienen un gran potencial para inspirar cambios en las perspectivas y prácticas brasileñas.

El objetivo principal de esta investigación es comprender cómo funcionan las prácticas de reducción de daños desarrolladas en los servicios de Cataluña, y cómo ellas pueden contribuir en el



tratamiento de personas que hacen un uso problemático del alcohol y otras drogas.

Nos gustaría abarcar tanto una revisión teórica del enfoque de reducción de daños como una inmersión en las prácticas de acompañamiento de las personas insertadas en los servicios específicos. De aquí, que el interés de la estudiante es realizar observaciones participantes en el trabajo de reducción de daños, además de realizar entrevistas en profundidad con algunos profesionales.

Nos proponemos realizar este trabajo de campo en los servicios ofrecidos en la región metropolitana de Barcelona para lo cual solicitamos su permiso.

En el caso de esta investigación y de acuerdo con el Código de Buenas Prácticas de la Escuela de Doctorado de la UAB, el sujeto investigado y los contextos de la investigación, serán mantenidos en la más absoluta confidencialidad y anonimato. También se demandará el consentimiento explícito y por escrito en el caso de realización de entrevistas. Además, es importante marcar nuestro compromiso de guardar la debida confidencialidad sobre todo lo que se pueda conocer de las personas que participarán del proyecto, de acuerdo con lo que establece la normativa sobre protección de datos de carácter personal.

Es relevante destacar que la investigadora ya ha establecido algunos contactos con la red de salud e hizo un curso de Introducción a las drogodependencias ofrecido por la ONG ABD y hoy trabaja como voluntaria en el Programa Energy Control. Además, me gustaría destacar que la investigadora Camila Cristina de Oliveira Rodrigues trabajó en los últimos cinco años como psicóloga y coordinadora de un Centro de Atención Psicosocial de Alcohol y otras Drogas en Brasil.

Además, nos gustaría reforzar nuestro compromiso con el acompañamiento del trabajo de la alumna durante todo ese proceso y, sobre todo, con la producción de un tipo de conocimiento que sea relevante para los trabajadores y usuarios de los servicios. Por lo tanto, nos gustaría contribuir de alguna manera con el servicio por medio de devolutivas y/ u otras contribuciones que les parecieran relevantes durante la investigación.



Como tutora, afirmo que, la estudiante tiene cualidades y condiciones necesarias para desarrollar este trabajo de campo con ética y compromiso personal y profesional, así que les pido su autorización para que ella pueda asistir un par de días semanales, durante un periodo de 4 meses (de febrero a mayo) a los centros CAS indicados para la realización de este trabajo.

Saludos cordiales

Prof. Dr. Pilar Albertín Carbó

Programa de Doctorat Persona i Societat

Universitat Autònoma de Barcelona



### 10.3 Anexo 3



## Guión Profesionales

### Trajectoria Profesional y Institucional

- ¿Por qué te dedicas a ejercer esta profesión?
- ¿Cómo la eligió, hay alguna figura o experiencia especial que te motivó?
- ¿Cómo empezaste a trabajar en ASAUPAM?  
¿Usted sintió algún tipo de prejuicio al comenzar a trabajar con personas consumidoras de drogas?

### Vida cotidiana laboral

- ¿Podrías describirme un día de trabajo común desde la llegada hasta la salida?  
¿Qué te gusta más? ¿Qué te gusta menos? ¿Por qué?
- Si pudieras modificar algo ¿qué sería?, ¿qué dejarías? ¿Por qué?
- ¿Cómo enfrenta el desafío de trabajar con los usuarios que frecuentan este servicio?
- ¿Qué suele funcionar y qué no funciona en el trabajo con los usuarios que frecuentan este servicio?



- ¿Quiénes integran tu equipo de trabajo? ¿Cómo funciona el trabajo de equipo en ASAUPAM?
- ¿Cómo son las reuniones de equipo? ¿Me puedes poner un ejemplo de una reunión?
- ¿Para desarrollar el trabajo que haceis tienes que contactar con personas externas al equipo de ASAUPAM? ¿Cómo ocurre este trabajo?

### **Normativas**

- ¿Cuáles son las normativas generales del servicio para que las personas usuarias puedan acceder a la sala móvil?

### **Práctica Clínica**

- ¿Podrías describirme como haces el primer acercamiento con una persona usuaria?
- ¿Cuándo atiendes a una persona que es lo que más te preocupa?
- ¿Puede contarnos un poco sobre cómo son las personas que frecuentan este servicio?
- ¿Qué consideras que es importante tener en cuenta en la relación con las mujeres usuarias? ¿Y con los hombres usuarios?
- Usted percibe en los usuarios y usuarias características relacionadas con racismo relacionada a la población negra y otros inmigrantes)?
- ¿Hay diferencias étnicas entre los usuarios/ usuarias? Hay diferencias de género (población LGBTQI+)? Y machismo?
- ¿Qué dificultades particulares experimentan las mujeres y los hombres que llegan en este servicio? Qué más necesitan y que demandan unos y otros?
- ¿Me podrías poner un ejemplo, de un caso con una persona usuaria que te haya impactado emocionalmente de forma especial?



- ¿Ser hombre o mujer profesional crees que facilita o dificulta tu profesión? ¿En qué sentido? ¿Notas diferencias entre las estrategias de reducción de daños desarrolladas por profesionales hombres y mujeres?
- ¿Hay personas que podrían beneficiarse de este servicio y que por alguna razón aún no han llegado? ¿Qué podrías decir de ellas?

### **Mirada Epistemológica**

- ¿Cuáles crees que son los mayores problemas y las posibles soluciones al problema del consumo problemático de drogas en nuestra sociedad?
- ¿Cómo piensas /cómo percibes el tema de la violencia en tu trabajo?
- ¿En qué perspectiva o perspectivas de comprensión te apoyas en tu práctica profesional? ¿Cuáles son tus referentes en tu práctica clínica? ¿Cuáles has dejado de usar o no te interesan particularmente para tu práctica clínica?
- ¿Sobre el tema de la reducción de daños cómo explicaría qué es la RD desde tu experiencia profesional?
- ¿Qué pensabas sobre la RDs antes de empezar a trabajar aquí y cómo piensas ahora?
- ¿Cómo la reducción de daños influencia el trabajo que hacéis? ¿Cuáles son los programas de RD? ¿Cómo funcionan? ¿A quiénes van dirigidos?
- Existen acciones específicas para diferentes tipos de personas? ¿Cómo funcionan? ¿Qué objetivos se marcaron al empezar este trabajo? ¿Cuáles han logrado y cuáles no? ¿Se han obtenido resultados no esperados (tanto buenos como malos)?
- ¿Hay estrategias de reducción de daños individuales y colectivas que utilizas?
- ¿Las estrategias de reducción de daños utilizadas por ustedes fueron cambiando con el tiempo que llevas trabajando en la institución?



- ¿Cuáles son los aspectos negativos y positivos de trabajar desde la perspectiva de reducción de daños?
- ¿Cómo podríamos distinguir un trabajo de reducción de daños de otros tipos de abordajes terapéuticos en tú opinión?

### **Logros y Conflicto**

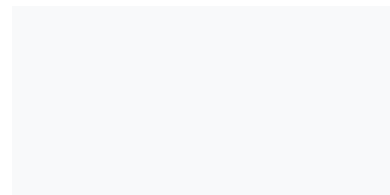
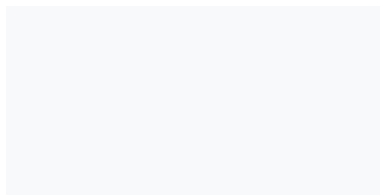
- ¿Qué es lo que más te satisface de tu trabajo? ¿Qué destacarías?
- ¿Puedes explicar un ejemplo en que has utilizado una estrategia de reducción de daños para lograr una gran dificultad?
- ¿Alguna estrategia de reducción de daños generó algún conflicto en tu trabajo? ¿Puedes añadir un ejemplo? ¿Y alguna vez te hayas sentido en conflicto por utilizar una estrategia de reducción de daño?
- ¿Cuáles son las posibilidades reales de que los usuarios que asisten al servicio mejoren durante el tratamiento ofrecido aquí?

### **Expectativas y Diálogos**

- ¿Cómo te cuidas en el trabajo?
- ¿Cuáles son tus aspiraciones profesionales?
- ¿Si pudiera compartir algo de tu experiencia con profesionales que trabajan en servicios que cuidan de personas usuarias como las que frecuentan la ASAUPAM que les diría?



#### 10.4 Anexo 4



### Guión usuarios y usuarias

**Persona** (Observar aspectos conscientes e inconscientes)

Personalidad

Cognición

Afectos y emociones

Motivación





Identidad personal

Autoconcepto

Autoestima

Control y impulsividad

Expectativas

Intereses

Necesidades

¿Qué es ser mujer o hombre para ti?

## **Sustancia**

Sustancias usadas

Dosis consumidas

Frecuencia de consumo

Vías de administración

Trayectoria de la enfermedad/ adicción (Trayectorias de Enfermedad/ Adicción: experiencias y narrativas de aflicción, donde se ponen en juego trayectorias de personas, sustancias, creencias, categorías, técnicas e instituciones, que demuestran la gran variabilidad de situaciones que existen detrás de la etiqueta de “adicción” (E. Raikhel & Garriot, 2013).)

Sobredosis



## **Contexto**

Infancia

Relaciones con la familia

Relaciones sociales

Relaciones laborales (desempleo)

Relaciones educativas (Escuela)

Otros grupos de referencia

Valores

Prejuicios

Símbolos

Otras preguntas

¿Qué cambia en su modo de consumo hacer uso en la sala de consumo supervisado y consumir en la calle?

¿Qué es el placer para usted? (preguntar sobre el placer en el consumo)

¿Qué es la libertad para usted? (preguntar sobre la libertad de consumir)



Universitat Autònoma de Barcelona