

APUNTES PARA LA PROMOCION DE INTERVENCIONES CON PARES

Reducción de daños y riesgos
relacionados con el uso de drogas

Antoniu Llorc Suárez
Tre Borràs Cabacés
(Coord).



grup igia
Cuestiones emergentes



grup igia

GRUP IGIA: Es una asociación de ámbito estatal integrada por personas interesadas en el fenómeno de los usos de drogas y otros fenómenos emergentes tanto desde los movimientos asociativos, como desde las perspectivas profesionales y académicas, y que provienen de diversas disciplinas (Psicología, Medicina, Derecho, Antropología, Sociología) constituida en Barcelona a finales de 1984. Fundamentalmente Grup Igia se propone generar, desde un contexto asociativo de carácter interdisciplinar, espacios de encuentro e instrumentos para la reflexión y el debate en torno al fenómeno del uso y abuso de drogas. Esta voluntad de participación e intercambio la hacemos extensiva a la colaboración y cooperación con otras organizaciones no gubernamentales y gubernamentales de nuestro entorno y de otros países de Europa y América Latina.



Publicación financiada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.



Gestionado por:

grup igia

www.grupigia.org
grupigia1@gmail.com

Coordinación y Dirección:

Antoni Llord Suárez,
Tre Borràs Cabacés.

Redacción del proyecto original:

Mauricio Sepúlveda Galeas

Traducción:

Marcus T. Packard

Primera edición: septiembre de 2013

ISBN:7438789378

Maquetació: KEMDEFER.COM

Con la colaboración de:



SUMARIO

0. Autores

1. Introducción. Aportes al apoyo entre pares en el uso de drogas.

Ibán de Rementería. 17

2. Desarrollo y provisión de intervenciones/servicios de reducción de daños basados en pares.

Andrea Latorre. 75

3. Hacia una participación significativa de las personas usuarias de drogas por vía parenteral en el desarrollo de las políticas e intervenciones en el ámbito del uso de drogas: apuntes para una historia mal conocida.

Joan Trujols. 122

4. Formación de pares en el modelo ECO2.

Juan Machín. 147

5. Educación entre pares en un servicio de reducción de daños: la experiencia de la facultad de medicina de la universidad federal da Bahía, Brasil.

Andrade, T., Chagas, M.C.G., Mejía, C.O.C. 165

6. La experiencia de EGO en “educación entre pares”.

Leon Gomberoff/Lia Cavalcanti. 188

7. Elaborando materiales.

Carles Sedó. 208

8. Educación entre pares como marco para la gestión de la incertidumbre.

Lorena María Briozzo. 223

9. Échele cabeza cuando se dé en la cabeza. Una experiencia colombiana de trabajo entre pares.

Julián Quintero. 240

10. La diferencia que hace la diferencia: La ampliación de la mirada de género e introducción a una teoría del cuerpo. Una estrategia para aprender junt@s.

Antoni Llort/Tre Borràs. 257

11. El trabajo entre iguales en el desarrollo de la ibogaína como herramienta terapéutica en las adicciones. 274
ICEERS.

12. Viviendo en sueños, gestionando las realidades. Ketamina. 295
Lana Durjava/Mat Southwell.



AUTORES

Ibán de Rementería

Francés nacido en 1944. Estudió filosofía en la Universidad de Chile y Ciencias Políticas en la Universidad de los Andes, Bogotá. Ha sido profesor de la Universidad de Chile, Universidad Nacional de Colombia y Universidad de los Andes. Experto en drogas, desarrollo alternativo y seguridad ciudadana con participación de la comunidad. (1985-2001) Funcionario y consultor de Naciones Unidas, CEPAL, GTZ e IICA en Colombia, Perú, Bolivia, Ecuador y Chile, del Gobierno de Colombia, Portugal y Chile. (2002-2013) Docente del post título en Drogas de la Universidad Central y Fundación [PARENTESIS]. (2002-2005) Asesor de la Dirección del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, en salud y participación comunitaria. Coordinador del Proyecto sobre Pequeño Delito y Participación Comunitaria del Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana del Instituto de Estudios Públicos de la Universidad de Chile. (2007-2008) Coordinador de Planificación del Programa Nuestro Barrio, PET Quinta, Municipalidad de Valparaíso. (2008-2009) Coordinador de la V Región del Equipo de Asistencia Técnica a Programas de Servicio en Beneficio de la Comunidad, Fundación [PARENTESIS] SENAME. Consultor en Seguridad Ciudadana de la División de Seguridad Pública del Ministerio del Interior. (2012) Secretario Ejecutivo de la Red Chilena de Reducción de Daños. Autor de dos libros sobre drogas y un centenar de artículos sobre drogas, seguridad ciudadana, participación social y comunitaria.

Andrea Latorre

Licenciada en Psicología, Universidad de la República, Uruguay. Máster en Intervención Psicosocial, Universidad de Barcelona (UB) y Dra. (c) por la misma Universidad. Miembro del Grupo de Estudios en Psicología Cultural y Política (GEPCIP - UB), de la Red UMBRAL de asistencia en psicoanálisis y del equipo técnico de Grupo Igia. Desarrolla sus actividades profesionales en torno a la investigación, la docencia y el trabajo comunitario en drogodependencias, migraciones y salud mental.

andrealatorre1@gmail.com

Joan Trujols Albet

Psicólogo. Máster en Drogodependencias. Diplomado en Investigación Cualitativa y Participativa en Ciencias de la Salud y Especialista en Psicología Clínica. Ha desarrollado su actividad profesional en dispositivos de atención a usuarios de drogas a lo largo de los últimos 25 años, compaginando tareas asistenciales con la docencia y la investigación. Actualmente es colaborador técnico de Grup Igia y psicólogo clínico en la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona.

grupigia1@gmail.com

Juan Machín

Formación en la acción para la intervención en situaciones de sufrimiento. Especialización en educación para políticas de desarrollo por el Instituto Mora y la Universidad de California del Sur. Presidente Fundador de Cultura Joven A.C. (1987), Co-fundador y Director General del Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C. (2001). Socio fundador de la Red Mexicana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social (REMOISSS), la Red de Instituciones Especialistas en Juventud y Desarrollo (RIE-JD), y de la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS). Pintor, fotógrafo, promotor cultural, investigador y docente universitario desde 1987 en diversas asignaturas y modalidades en diferentes tiempos y lugares. Autor y coautor de diversas publicaciones nacionales e internacionales.

jmachin85@gmail.com

Tarcisio Matos de Andrade

Doctor en Medicina por la Universidad Federal de Bahía, psicoanalista en el Círculo Psicoanalítico y Círculo de Bahía de Psicoanálisis de Brasil; perfeccionamiento para la investigación en la Universidad de California, Berkeley. Es profesor asociado del Departamento de Salud de la Familia, Coordinador del Servicio de Extensión Permanente “Reducción de Daños Alianza Fátima Cavalcanti”, Coordinador del Centro de Atención Psicosocial para las personas que consumen alcohol y otras drogas, CAPSad Gregorio, Escuela de Medicina Universidad Federal de Bahía.

tarcisio@ufba.br

Cavalcante Guedes Mariana Chagas

Licenciada en Psicología por la Universidad Federal de Bahía, residencia Multiprofesional en familia, Colegios de Salud Santa Marcelina, ASM / FASM, Brasil; Especialización en Psicología de la Salud en el Instituto del Corazón / del Hospital de la Facultad de Medicina / Universidad de São Paulo, Brasil. Es Profesora Adjunta del Departamento de Salud y Familia, Psicóloga del Centro de Atención Psicosocial para las personas que consumen alcohol y otras drogas - CAPSad Gregorio, Facultad de Medicina de Bahía, Universidad de Bahía.

Cleotilde Oliva Celín Mejía

Licenciada en Ciencias de la Educación en el Área de Biología y Química de la “Universidad del Atlántico”, Barranquilla, Colombia. Coordinadora de las acciones de reducción de daños en el campo de las personas que consumen alcohol y otras drogas en la Reducción de Daños Alianza Fátima Cavalcanti (2010 - 2012) y el Centro de Atención Psicosocial para las personas que consumen alcohol y otras drogas - CAPSad Gregorio (2012-actualidad), Facultad de Medicina de Bahía, Universidad de Bahía.

cleoliva@hotmail.com

Lia Cavalcanti

Directora de EGO, Association AURORE. Psicosocióloga Consultora de diferentes organismos internacionales, Unión Europea Unesco y Unicef.

Leon Gomberoff

Director adjunto de EGO, Association AURORE. Psicoanalista. Doctor en Medicina científica, psicopatología y psicoanálisis por la Universidad París VII.

leongomberoff@gmail.com

Carles Sedó.

Educador y pedagogo. Miembro de Educación para la Acción Crítica (EdPAC) dedicada a la divulgación de miradas alternativas sobre consumismo -también en drogas- y técnico del Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet. Experto en diseño de estrategias, materiales e intervención en medio educativo con jóvenes desde una perspectiva de reducción de riesgos. Ha colaborado con numerosas organizaciones públicas y privadas para la elaboración de materiales dirigidos a jóvenes. Actualmente es responsable del proyecto www.hemeroteca-drogues.cat, entre otras cosas.

<http://edpac.cat/>

projectes@edpac.cat

Lorena Maria Briozzo

Co coordinadora del Programa Alteraciones (Drogas) de El Abrojo. Integrante de la Coordinadora por la Regularización de la Marihuana. Integrante del equipo y supervisora técnica del Programa de Abordaje Comunitario Aleros para la Zona Este de Montevideo Intendencia de Montevideo –Junta Nacional de Drogas. Referente institucional del Programa Consumo Cuidado. Formación en Sociología UDELAR. Formación y experiencia en el Área de Educación en Drogas y Abordaje Familiar y Comunitario desde el enfoque de reducción de riesgos y Daños.

jozzefa@adinet.com.uy

<http://www.elabrojo.org.uy/>

Julián Quintero

Sociólogo por la Universidad Nacional de Colombia. Máster en Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología por la Universidad de Salamanca. Experiencia acumulada de 15 años en temas de juventud, periodismo, políticas públicas, participación política, instrumentos y metodologías de investigación, salud sexual y reproductiva, adolescentes y jóvenes infractores de la Ley penal, estructuras culturales, comunicación alternativa y comunicación en organizaciones de base comunitaria. Los últimos 7 años con énfasis en prevención, mitigación y reducción del riesgo en consumo de SPA en poblaciones de difícil acceso, escolares y universitarias, reforma de políticas de drogas, tecnologías de la información y las comunicaciones con énfasis en redes sociales.

<http://www.echelecabeza.com>

julian.quintero@acciontecnica.com

Tre Borràs Cabacés.

Educadora social y psiquiatra-psicoterapeuta. Máster en Terapia Familiar Sistémica (Universidad Autónoma de Barcelona). Experta en drogodependencias. Diplomada en Mediación en la SBUC (University of California). Directora del Servei de Salut Mental y Adiccions del Hospital Universitari Sant Joan de Reus y Pla d'Accions sobre drogues de Reus (PASDR). Actualmente es colaboradora técnica de Institut Genus. Forma parte del equipo técnico Grup Igia y participa en el movimiento de asociaciones de usuarios de drogas. Co-autora de una decena de documentales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (PASDR).

treborras@gmail.com

Antoni Llorc Suàrez

Trabajador social y antropólogo. Máster en Antropología Médica y Salud Internacional por la Universidad Rovira y Virgili. Coordinador de las acciones de Reducción del Daño y Salud Colectiva del Servei de Salut Mental y Adiccions de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Tarragona), Pla d'Accions sobre drogues Reus (PASDR). Miembro de distintas asociaciones destacando Grup Igia como colaborador técnico, ENCOD, Club de Amigos de la Hoja de Coca en Europa y grupos de usuarios activistas. Co autor de una decena de documentales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (PASDR).

antoniullort@gmail.com

ICEERS

ICEERS International Center for Ethnobotanical Education, Research and Service. Es una organización filantrópica sin ánimo de lucro dedicada a la integración de la ayahuasca, la iboga y otras plantas tradicionales como herramientas terapéuticas en la sociedad moderna, y a la preservación de las culturas indígenas que han utilizado estas plantas desde tiempos inmemoriales, así como de su hábitat y recursos botánicos. Autores en esta colaboración: Ben de Loenen, Pep Cura, Jose Carlos Bouso y Óscar Parés.

<http://iceers.org/>

Mat Southwell

Es un profesional especialista en drogas y activista de organizaciones de consumidores de drogas, ha trabajado en el Reino Unido y a nivel internacional en los últimos 25 años. Mat tiene un *background* mixto como especialista en drogas, gerente de servicios de salud y activista de la comunidad. Ha dirigido y prestado apoyo técnico a servicios de reducción de daños pioneros así como a grupos de usuarios de drogas y distintas redes relacionadas. Ha tratado de contribuir a la comprensión y apoyo del trabajo basado en la alianza entre los sectores de las drogas y el VIH.

mat.southwell@icloud.com

<https://www.facebook.com/RespectDrugs?fref=ts>

Lana Durjava

Se graduó en Filosofía con experiencia como investigadora, periodista y editora. Sus áreas de especialización son el psicoanálisis, las políticas de drogas y la reducción de daños. Actualmente es estudiante de posgrado de Psicología, con un interés especial en la primera infancia, traumas y adicciones. Trabaja en COACT.

lanadurjava@gmail.com

Nota de los Coordinadores:

Se ha respetado la originalidad de los textos en cuanto a su forma y estructura, así como las peculiaridades de cada registro lingüístico, autores y forma libre de expresión.

PRESENTACIÓN

Este libro de apuntes para la promoción de intervenciones de pares en el ámbito de la reducción de daños relacionada con el uso de drogas nace del interés de Grup Igia, desde sus inicios, por el estudio de las dinámicas colectivas de la sociedad civil para gestionar el uso de drogas y convivir con ellas, dando voz a todos los actores de la escena. No podemos dejar de citar los trabajos precedentes que desde esta misma organización hemos realizado, de forma más concreta y específica el Proyecto Búho y el Atlas, liderado entre otros por Miguel de Andrés, Núria Magrí, Gemma Baulenas y Victor Martí, que fueron las experiencias pragmáticas iniciales de las metodologías de acción participación que aquí se están proponiendo. No vamos a hacer una referencia explícita a otras personas y trabajos para evitar olvidos involuntarios pero si queremos reconocer que sin el sustrato y el impulso de esta travesía de más de 25 años, difícilmente se hubieran realizado las distintas ediciones de las Conferencias Latinas de Reducción de daños (CLAT) a lo largo de la primera década de este siglo, ni las más de 20 publicaciones que dejan rastro del trabajo realizado y que consideramos de gran valor para dar forma a esta edición. Tampoco queremos dejar de reflejar la estrecha colaboración con compañeros/as y grupos de usuarios de drogas que han nacido y han volado desde nuestras sedes y para los que todavía persisten en nuevos grupos y plataformas, es una ocasión para hacer un guiño a los que ya no están y muy especialmente a Julián Montalvo con quien compartimos interesantes y buenos momentos.

Esta publicación tiene el objetivo de anclarse en el presente para proyectarse hacia el futuro, hacia el desafío de entrometerse en las más actuales tendencias de organización social para, como siempre, proponer miradas, repensar las drogas y a la vez ser críticos con nuestra experiencia y bagaje y con la sociedad en la que vivimos, poniendo especial énfasis en las relaciones nacidas del *peer to peer* y que se han materializado en humanizadas y complejas metodologías.

Junto a 20 autores de 11 organizaciones de 8 países entre Europa y América Latina, amigos algunos y colaboradores de siempre otros, desde distintos ángulos de la intervención social en aspectos relacionados con el uso de drogas, ofrecemos una colección de lecturas para reflexionar, apuntar ideas y pasar a la acción, al hilo de la reciprocidad, el auto cuidado y apoyo y la organización social, que permitan hacer frente a estructuras cada vez más sofisticadas pero igual de violentas que contraponen intereses y coartan libertades en cualquiera de los escenarios posibles. Metodologías como el modelo ECO2, la organización de usuarios alrededor de sustancias como la Ibogaína o la Ketamina, cuestiones de género, una extensa compilación bibliográfica sobre experiencias publicadas en diferentes revistas y distintos soportes internacionales, así como diferentes ejemplos de implementación de la metodología educativa de pares y la elaboración de materiales, configuran el cuerpo de esta obra.

Este proyecto ha sido financiado con una subvención del Plan Nacional sobre Drogas a la que tenemos que agradecer su viabilidad y también a los inestimables colaboradores, autores, asesores, diseñadores, editores, a las instituciones que nos apoyan habitualmente y al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública, Subdirecció General de Drogodependències.

Gracias, como no, a nuestros compañeros de Grup Igia, Oriol Romani, Mauricio Sepúlveda, Joan Trujols, Marisela Montenegro, Andrea Latorre y Enrike Ilundain por persistir en este cometido.

Dedicado a Jaume LLort Suárez, por tanto apoyo y por ser un par inigualable.

1. INTRODUCCIÓN

Aportes al apoyo entre pares en el uso de drogas

Ibán de Rementería

Secretario Ejecutivo de la Red Chilena de Reducción de Daños

El propósito de este trabajo es mostrar y explicar los entornos, circunstancias o contextos entre los cuales operaría el apoyo entre pares que usan drogas: primero, las condiciones actuales de desregulación de las relaciones intracomunitarias, así como de la comunidad local con sus instituciones, basadas en el intercambio, sobre lo cual se construyen los sistemas de salud, en particular de salud mental, referidas a la provisión y consumo de drogas, asimismo, se examinarán las circunstancias comunitarias en las cuales las drogas se insieren, se instalan, tanto para satisfacción de sus usuarios, como para quienes (sobre) viven en su provisión local; para luego, segundo, prever nuevas formas de regulaciones de las relaciones de los sujetos con sus entornos familiares, amicales, vecinales, comunales y sociales, así como de sus instituciones sanitarias, sociales, judiciales, policiales, municipales, ONG's, etc. vinculadas a la asistencia sanitaria, social y de seguridad que se (re) construyan mediante la recuperación o restauración de las normas de reciprocidad en el intercambio. Hemos dicho prever y no proponer nuevas formas de regular las relaciones intracomunitarias, ya que un cambio tan radical no es de competencia de una mejor modalidad para gestionar el consumo y la provisión de drogas. Lo que consideramos aquí es el reconocimiento de un conjunto de recursos colectivos y habilidades instaladas localmente a partir

de las cuales sería posible promover e instalar capacidades de cooperación entre pares. Los pares son por definición las partes de una relación de reciprocidad, reciprocidad y pares son los ejes temáticos de esta propuesta.

Lo que debe ser precisado aquí son los contextos sociales, culturales, económicos y políticos a partir de los cuales es posible comprender e interpretar la actual situación de los usuarios de drogas, sobre todo de aquellos que hacen consumos problemáticos, así como a partir de esos contextos es posible diseñar intervenciones plausibles de apoyo entre pares. Consideramos al intercambio como una categoría de las ciencias sociales, más amplia y compleja que su uso en la economía, en el sentido que le da la antropología económica, la reciprocidad como una forma no mercantil y anterior de intercambio es sólo episódica o un hecho particular y eventual en el presente, pero originaria y tan antigua como la guerra, el intercambio mercantil, el comercio, está a medio camino entre esas dos formas de acceso a los bienes de los otros. De lo que queremos ocuparnos en este trabajo es como en los intercambios de drogas se ha pasado de la reciprocidad, del trato entre iguales, a lo mercantil, al trato subordinado. Aquí no se trata de dar recomendaciones ni recetas, se trata de señalar contextos, circunstancias y situaciones en las cuales el apoyo de pares es posible.

1. Antecedentes

Para desplegar una reflexión sobre el apoyo entre pares en el uso de drogas el punto de partida, más que teórico o conceptual, sería necesario comprender dos prácticas cotidianas como son: *la reciprocidad* y *el auto cuidado* –que no es lo mismo que la *autoayuda*.

Peer support

Una aclaración previa debe ser hecha en cuanto a la traducción de la expresión inglesa *peer support*, esta se puede traducir como trabajo con o entre pares, o ayuda entre pares, si bien pares o iguales es de fácil comprensión como actores de la acción en referencia, sin embargo, la comprensión de la acción en la cual participan, el dar soporte o respaldo, puede ser confusa, la expresión apoyo, en el sentido no de ser una prestación de socorro o ayuda, sino un base segura en la cual puede reposar alguien o a partir de lo cual se puede construir algo, aparece como una idea más “firme”.

El usuario de drogas

Si bien está claro que hay diversos usos de drogas según las características de estas y los propósitos de su ingesta para el sujeto, el usuario extremo está plasmado en el joven heroinómano, sobre quien un clásico en el tema ha definido a partir de sus propósitos lúdicos extremos así:

“La desmesura de ese juego se enmarca, en efecto, en sus dimensiones temporales (más allá del tiempo en el que se debería dejar de jugar), confiere al mundo hippie en su travestismo (que señala a su vez la imposibilidad de la identidad), en su rechazo de la realidad (de la realidad escolar, concretamente), en el hedonismo finalmente, unido al negarse a crecer”.¹

1 Olievenstein, Claude. La Vida del Toxicómano. Editorial Fundamentos. Madrid. 1986, p.23

Estos parámetros son integrados en un descubrimiento fundamental, es decir, fundante, del sujeto usuario de drogas, ya que:

“El descubrimiento de su cuerpo como fuente de placer será fundamental. El que no es nada, quien no tiene nada, para quien lo real es inasible, para quien la identificación con las imágenes parentales no serán nunca posibles en su totalidad [tampoco con cualquiera de las sustitutas: Dios, el Partido, la Naturaleza, etc., agregamos]; él posee un cuerpo del que se puede obtener placer cuando quiera y como quiera. El que está buscando una repetición imposible, descubre la posibilidad de la repetición del placer. Y lo aprovechará de modo exacerbado”.²

Ese es, en extremo, el sujeto de nuestra preocupación: “he ahí al hombre”, pero eso no es lo más lo más problemático, según una psicoanalista el gran desafío está en que: “*La toxicomanía, al abrir un campo en que la palabra del sujeto no es fiable, escapa al análisis*”³. No es al decir del usuario de drogas, toxicómano o no, al que debemos atender en su decir, lo que debemos ver y mirar es su entorno, leer sus contextos y así sus acciones comprender, con su pasión hay que estar, de la misma manera cuando la tragedia vemos y asumimos.

La asociatividad y lo común

Los usuarios de drogas debido a su condición de ser puestos u obligados a ponerse por fuera de la sociedad mayor a la que pertenecen, en la cual son estigmatizados y de la cual son excluidos so-

² Olievenstein, op.cit.,p.24

³ Ibíd, p.117.

cialmente y marginalizados culturalmente, su presencia social sólo es posible desde y en la clandestinidad, su visibilización hace arrancar el mecanismo de la estigmatización, concluye en la exclusión de los entornos amicales, familiares, grupales, comunitarios y muchas veces en la persecución criminal. Por lo anterior los usuarios de drogas se constituyen en agrupamientos clandestinos de autoayuda colectiva y autocuidado personal, tanto en relación a proveerse de drogas de una manera segura ante la acción delictiva –*quitadas* y chantajes- o la persecución criminal, así como para la consecución de sustancias con calidad aceptable para el consumo, también para hacer prácticas de consumo que permitan bien gestionar los riesgos, mitigar los impactos adversos y reducir los daños - v.g. los club del ajeno o absenta o para fumar opio, o para cultivar cannabis, o para hacer “vacas” que financien compras colectivas a mejor precio de cualquier sustancia que sea, el pertenecer a una “olla” procurada para fumar pasta base de coca (PBC), etc. En fin, la droga agrupa y organiza a sus adeptos. El valor simbólico de la pertenencia a lo común está en el origen de la palabra símbolo que en la antigüedad griega campesina refiere al aporte que debe hacerse para un festejo o comida en común.

Hay una vasta práctica entre las comunidades conformadas por minorías sexuales –homosexuales, lesbianas, transgéneros, travestis etc.- que tienen una rica experiencia de asociatividad para representar y defender sus derechos, deseos y necesidades, conocido internacionalmente como *el movimiento gay*, el cual ha logrado importantes conquistas sociales y legales, primero despenalizando la homosexualidad, luego legitimando culturalmente las “otras formas amorosas” y consiguiendo el reconocimiento legal e institucional a las uniones de parejas del mismo sexo. Ya en un importante grupo de países democráticos, hoy por hoy esta institución del matrimo-

nio entre personas del mismo sexo es la prueba de la blancura del desarrollo político, cultural y social, en cambio la penalización de la homosexualidad es un signo de autoritarismo, oscurantismo y discriminación. Otras demandas sociales y culturales, como el de las minorías étnicas, de defensa del medio ambiente y la naturaleza, de los animales, los paisajes, el patrimonio cultural, etc. también han sido modelos de movimientos de “intereses especiales”. Este “movimientalismo” de las minorías sexuales en sus relaciones con el uso intravenoso de diversas sustancias, sobre todo de heroína, por algunos de sus integrantes transfirieron importantes experiencias y saberes organizativos y de representación – *cabildeo, lobby*- a los usuarios de drogas. No obstante, la organización de los usuarios de drogas, su visibilización y representación institucional se han visto notablemente dificultadas debido a la criminalización del consumo y la provisión de esas sustancias.

La inserción social de las prácticas de consumo y provisión de drogas

La concepción que aquí se emplea de lo social es más antropológica que sociológica, se refiere más a las costumbres y normas que rigen la diversidad de prácticas y acciones en las comunidades que a los roles que los sujetos colectivos y personales juegan en ellas.

Una de las mayores dificultades que afrontan los usuarios de drogas, como cualquiera otra minoría estigmatizada culturalmente por la sociedad mayor – imaginario colectivo, opinión pública, “movilizaciones sociales”- es conseguir insertar no sólo sus prácticas y opciones de vida, sino que, además, garantizar el derecho a ejercerlas mientras que esas conductas no afectan los derechos de terceros,

esta situación se ve agravada por que los usuarios de drogas sólo por esta práctica en sí misma no constituyen una sub cultura dentro de una sociedad mayor, de igual manera como ha acontecido con la homosexualidad, lo cual implica que carecen de saberes y prácticas para interactuar con la sociedad mayor, en tantos o en parte integral de la sociedad mayor se conducen por sus normas y las refieren a sus valores éticos y estéticos, más aún terminan aceptando el estigma como su propio rol en la sociedad mayor, allí son estigmatizados al extremo, reducidos y tratados como delincuentes, incluso asimilados al crimen organizado y el terrorismo: narcotráfico y narcoterrorismo. Son conocidos no tan sólo los rechazos sino que también las agresiones “populares” de algunas o sectores de las comunidades locales en contra de estas minorías más que culturales de intereses especiales. Muchas veces las instituciones que ayudan y prestan asistencia a esas minorías, a personas excluidas, o institucionalizadas en los sistemas de salud mental o control penal, a las personas en situación de calle, a los jóvenes en conflicto con la justicia, etc., también son descalificadas y agredidas. En estos días en Chile que vive una situación electoral, tanto presidencial como parlamentaria, se ha producido una movilización, minoritaria pero pública, en contra de los derechos de los homosexuales, del aborto terapéutico y de la regularización del consumo y la provisión de drogas, que invita a no votar por los candidatos que hagan o defiendan esas propuestas. Véase la legislación homofóbica en Rusia.

Los sistemas de auto ayuda y auto cuidado mediados por agentes del apoyo entre pares surgido de los mismos pares entre los usuarios de drogas actuales o en moratoria de esas prácticas no tan sólo son de alto beneficio sanitario, social y judicial para los usuarios de drogas, además, tales prácticas institucionalizadas son de la mayor

importancia para bien inserir a los usuarios de drogas y legitimar a sus organizaciones en las comunidades locales, ante las autoridades públicas, los expertos y la sociedad en general.

El intercambio y la reciprocidad

Las sociedades se basan, se constituyen, en un conjunto complejo de relaciones y de sutiles normas culturales que rigen su funcionamiento. Si bien las relaciones económicas sólo son posibles a partir de relaciones sociales en funcionamiento, las relaciones económicas constituyen trazas que permiten mejor describir y comprender las relaciones sociales, el caso de las drogas marcadas por relaciones de mercados duros en la desregulación de su clandestinidad, la crudeza de las relaciones económicas pueden ser notablemente explicativas. Las tres áreas funcionales de la economía, sus categorías fundamentales, son la producción, el intercambio y el consumo. El intercambio como instancia mediadora entre la producción y el consumo adquiere mayor relevancia mientras más distantes y complejas sean las relaciones entre esos dos momentos económicos, mientras más se especialice la producción, mientras más sofisticado devenga el consumo entre diversos actores colectivos de una comunidad o nación, entre familias –incluso entre los miembros de una familia-, entre gens, clanes, tribus, etc. Los intercambios entre bienes y servicios adquieren una complejidad tal que será difícil esclarecer las normas de su procedimiento “justo”, el supuesto al que se aspira social y culturalmente –solidaridad y tolerancia- es a la reciprocidad, pero su complejidad es tal que puede esconder un alto potencial de relaciones no recíprocas en el intercambio, por ejemplo, cambiar mujeres fértiles por maíz, es intercambiar las posibilidades de la reproducción demográfica de una comunidad por las posibilidades de alimentación de otra ¿en qué

proporción de ellas se encuentra el intercambio equivalente de valores? ¿En qué proporción y distancia temporal hay reciprocidad?Cuál es la que corresponde a estar en “lo común”. Además, con quienes el intercambio debe ser recíproco y con quienes otros no es necesario que lo sea porque no se está en “lo común” con ellos.

La reciprocidad es un concepto bastante conocido y recurrido por la antropología económica, para algunos teóricos como Polanyi⁴ la reciprocidad sería la regla de intercambio entre persona y familias dentro de una comunidad, entre comunidades afines, anteriores al mercado. De alguna manera esas reglas de reciprocidad la conservamos en nuestros sistemas actuales de intercambio de regalos, favores o simple cortesía, es el tradicional “cambio de manos” o la minga donde impera diversas formas de equivalencia entre los bienes y servicios intercambiados y de igualdad entre los tratantes o incumbentes, porque se reconocen en un común, en un símbolo –palabra que en origen refiere al aporte hecho para una comida en común.

El auto cuidado

El autocuidado es a la vez una práctica de amplio desarrollo individual y grupal, con tan poco desarrollo conceptual como la libertad, que alude al rescate de la autonomía del sujeto para decidir sobre la gestión de sus placeres y dolores. Aquí la autonomía se refiere a la decisión personal distinta a la que propone o impone la institucionalidad sanitaria y la autoridad médica, en breve, se trata del no sometimiento al discurso del “uso indebido y consumo abusivo de las drogas” según el léxico internacional de las drogas.

⁴ Polanyi, Karl. Comercio y Mercado en los Imperios Antiguos. Labor. Barcelona.1976
Polanyi, Karl. El Sustento del Hombre. Biblioteca Mandadori. Madrid.1994

La historia del auto cuidado en la salud es compleja y en la tradición occidental, el auto cuidado sanitario comunitario elaborado y conducido por herbolarias, parteras y médicas populares del mundo medieval, donde se conformó eso que llamamos la cultura occidental, no obstante las autoridades eclesiásticas y civiles del poder político en un intento de control y supresión de sus actividades en favor de una medicina eclesial y académica –universitaria- condujo a la criminalización religiosa de esas prácticas, lo que contó con inusitados apoyos populares, poniendo en funcionamiento un poder penal terrible para conseguir confesiones mediante torturas y eliminaciones físicas en las hogueras, ese control de la medicina popular medieval fue la “cacería de brujas”, así llamada porque la mayoría de las víctimas de esa “guerra contra el mal” fueron mujeres. cf. Jules Michelet⁵. La similitud irracional entre “la cacería de brujas” y la “guerra de las drogas” es proverbial, más aún, su propósito sanitario similar de proteger el modelo de la salud oficial y su analogía metodológica de castigar y suprimir costumbres inaceptables actuando directamente sobre los cuerpos de los portadores de esa “prácticas antinaturales”, ya que las brujas eran salvadas en la tortura y la hoguera de su posesión por el demonio; la razón de la prohibición del uso de drogas es que no son útiles para la salud, aunque su uso pueda ser la única manera de hacer soportable la existencia de los usuarios en las actuales circunstancias, entornos y contextos, como paradójicamente lo hace la salud mental oficial con sustancias similares a aquellas drogas proveídas por la industria farmacéutica, las mismas que se emplean ilegalmente, constituyendo el “uso indebido” de psicofármacos. Téngase presente el uso médico del cannabis en veinte estados de los Estados Unidos de América.

⁵ Michelet, Jules. La Bruja. Un estudio de las supersticiones en la Edad Media. Akal. Madrid. 1987.

El auto cuidado en el uso y la provisión de drogas era similar al practicado en la nutrición o la salud, en drogas el auto cuidado se deteriora y se pierde con la prohibición del consumo y su provisión, más aún con la criminalización de esas conductas, de igual manera como “el hambre” lleva a comer cualquier cosa, perros y gatos o basura incluso a los congéneres, es conocido además que la prevención de las hambrunas son una de las primeras formas sofisticadas de control social por el poder político –c.f. Foucault⁶. Está bien informado que antes de la prohibición de las drogas los problemas sanitarios asociados a su consumo eran mínimos –cf. David Musto⁷. También sabemos que los procesos de catástrofe social como guerras y hambrunas o simplemente el paro o las crisis económicas causaban graves deterioros a la salud por las limitaciones de los sujetos para tomar medidas de auto cuidado, tanto más cuanto que o no existen los sistemas públicos de salud como en la mayor parte de la historia de la humanidad o cuando estos se ven limitados o suspenden sus prestaciones debido a las emergencias catastróficas. Asimismo, sabido es que el control penal al consumo y la provisión de alcohol en los Estados Unidos de América desmejoró las condiciones sanitarias de sus usuarios por la mala calidad del alcohol ilegal proveído.

La no condicionalidad

La *no condicionalidad* es un tercer concepto y práctica que requiere aclaración, no se trata simplemente del gesto desprendido y gratuito, que en un sistema de reciprocidad complejo puede comprometer de manera asimétrica al receptor del beneficio con el dador del mismo. Entre los pueblos originarios “el arte de buen vivir con los

6 Foucault, Michel. Seguridad, territorio, población. F.C.E. Buenos Aires, 2006

7 Musto, David. La Enfermedad Americana. Tercer Mundo, Universidad de los Andes. Bogotá. 1993.

otros” es la capacidad de manejar las sutilezas de estas reciprocidades generadoras tanto de seguridades y beneficios como de obligaciones y responsabilidades. Pero, los dones pueden llegar a ser un instrumento de poder, sus usos abusivos son el origen del poder al interior de las comunidades. Hoy el caciquismo y el clientelismo son formas de mediación entre el intercambio de dones desde las instituciones a cambio –reciprocidad política- del reconocimiento del prestigio y “derecho” a ese poder. Del intercambio de impuestos por los servicios públicos es sobre lo cual se construye el Estado moderno; del intercambio de voto por las ayudas sociales, es sobre lo cual se construye la democracia moderna, etc.

La no condicionalidad del intercambio recíproco no tan sólo beneficia al receptor del apoyo, sobre todo le pone los límites al dador del apoyo para evitar la destrucción asegurada de cualquiera que sea el sistema que se proponga, por el uso indebido y el ejercicio abusivo de su posición y poder. El no control social y político, la no asunción cultural de la reciprocidad en los intercambios conduce a las asimetrías, al abuso y monopolio del poder tanto económico, apropiación del excedente, como político, apropiación del poder en el estado.

El acto fundacional en la relación bíblica del antiguo testamento es un *pacto entre dios y su pueblo*, ese pacto se refiere a un conjunto normativo y a una creencia en su ejecución y eficacia. La idea del pacto con un dios de la tradición judaica instala el concepto de la autonomía y libertad para suscribir compromisos, tal contrato, reposa en el concepto de libertad, de libre albedrío, en el cristianismo hace al hombre libre de pecar o no, de transgredir el pacto, para muchos en esa separación cristiana de lo humano y la naturaleza, esa idea de libertad frente a la naturaleza está el intento de dominio del hombre sobre aque-

lla, lo que ha terminado deviniendo en la peor crisis humana conocida⁸.

Las transacciones, los acuerdos y el pacto

El pacto es la institucionalización de un acuerdo entre las partes, resultado de complejas transacciones entre ellas, en derecho es el contrato, pero sus antecedentes están en la política y la guerra; también lo encontramos en las cosmovisiones fundamentales, como ya se dijo, tenemos que el antiguo testamento de la Biblia es el relato del pacto entre dios y su pueblo al cual le fue concedido el mundo, la naturaleza, para su uso⁹.

La única relación posible para la gestión plausible y creíble de la provisión y el consumo de drogas entre el sistema institucional –sanitario, social, criminal y político – y el usuario de drogas es *el largo camino hacia la regularización de esas relaciones que van desde las transacciones por los acuerdos hasta el pacto*. Independientemente de que el usuario lo sea de manera eventual o permanente, conflictivo o no, que consuma por razones recreativas o lúdicas, de incursión experimental o enteógena (religiosa o mística), que las use por razones ansiolíticas o antidepresivas, amoratorias o sexuales, para reposar o mantener la alerta, etc. Sólo un acuerdo de partes puede poner el sistema institucional al servicio de quienes son sus usuarios, los sujetos o destinatarios de su intervención, sea esta sanitaria, social o criminal (control penal) y, a la vez, a estos hacer uso de esas prestaciones de acuerdo a sus derechos, necesidades y deseos. Es así como el pacto debe ser construido.

8 White, Lynn, Jr. The Historical Roots of Our Ecologic Crisis. Science. 10 March 1967, Vol 155 N° 3767.

9 Baudrillard, Jean. El Espejo de la Producción. Gedisa.Barcelona.1980.

Las concepciones y prácticas de *gestión de riesgos y reducción de daños* sólo son posibles de ejecutar a partir y dentro de un pacto entre dos voluntades con poderes lo más simétricos posibles, a mayor asimetría el pacto tendrá un carácter de imposición y terminará siendo irrelevante para las partes, donde una de ellas, la más débil, tratará de sustraerse a su cumplimiento con todos los subterfugios a su alcance, y la otra, la más fuerte tratará de imponerlo con todos los medios disponibles incluyendo la violencia, entendida como el uso del dolor para doblegar la voluntad del otro, que se concreta como práctica en el derecho penal –ley de drogas- y la guerra, la “guerra de las drogas”.

La construcción de la confianza entre partes

El tema a resolver es como se construyen las confianzas que hacen posible un pacto cuando siempre está presente el riesgo de la asimetría, por ejemplo, entre el prestatario de un crédito y el banco, entre el aprendiz y el maestro, el trabajador y el patrón, etc. Es más, se hace el pacto, y claro sus preámbulos de transacciones y acuerdos, precisamente porque hay asimetrías, en las transacciones se reconocen las diferencias, las partes no son pares antes del acuerdo, llegan a ser iguales en el pacto, eso sí, en los términos acordados. Eso que hace posible el camino desde la desigualdad en las transacciones hasta la paridad en el pacto es *la confianza*, como actitud, conducta y promesa de mutuos reconocimientos de que lo común es posible y necesario. Socialmente la confianza es la conducta esperada en el otro, o que el otro puede esperar de mí mismo, etimológicamente es tener fe (*con-fides*).

En nuestro caso este trasegar entre las transacciones, los acuerdos y pactos que se construyen desde la confianza tienen un objeto específico que es el acceso a las drogas, en lo práctico su provisión y en particular su consumo, veamos de que se tratan estas conductas y sus propósitos.

2. Las drogas y sus funciones

Los fundamentos culturales o antropológicos del uso de drogas señalan que estas tienen una función de utilidad para sus usuarios, un valor de uso sobre el cual reposa su gigantesco valor de cambio que el prohibicionismo hipertrofia, la droga, cualquiera que esta sea satisface necesidades y deseos de quienes las emplean, esta observación es el punto de partida para cualquier intervención en el campo del asunto de las drogas. *El uso de las drogas es una forma específica de autocuidado de la salud mental.* Asimismo las drogas y sus intentos de control son *el agente revelador* de todos nuestros problemas, ansiedades, angustias, dolores, abusos, etc. individuales, grupales y colectivos. Es a partir de estas tesis que se construyen las concepciones y prácticas de gestión de riesgos y reducción de daños.

Las drogas tienen múltiples usos, sirven a sus usuarios para gestionar sus ansiedades, miedos y dolores, o para superar el tedio, reforzar la iniciativa o subrayar la alegría, asimismo para olvidar o recordar; pero también, le sirven al estado para en su prevención y control legitimar su poder; a la vez, y por lo anterior las drogas le sirven a los narcotraficantes para hacer reproducción ampliada de sus capitales; finalmente, también les sirve a los pobres del campo y la ciudad para sobrevivir en la producción de sus materias primas, si bien los campesinos que producen las materias primas que las contienen se quedan

con menos del 1% de lo que los usuarios pagan por sus productos terminados, en cambio, los pequeños proveedores de drogas empobrecidos y abandonados en las grandes ciudades asumen el mayor riesgo, estar en la calle, a cambio de quedarse con cerca del 60% del valor agregado final, pero repartidos entre cientos de miles de *pushers*, *jíbaros* o *transas*. ¿Quién podría sustituir este subsidio a la pobreza urbana en los países desarrollados? en gran parte originada en las migraciones de los países en desarrollo, subsidio que vale cientos de miles de millones de euros al año.

Las drogas sus usos y efectos

Los usos en que se centra nuestra exposición aquí son los que se derivan de sus propiedades psicoactivas. Las drogas psicoactivas según sus usos tienen impactos y efectos de tipos farmacológicos, psicológicos o psicotrópicos y culturales, así como diversos grados de riesgo a la dependencia o adicción a ellas. Si bien los efectos farmacológicos son, por así decirlo, la base material de los impactos psicotrópicos y psicológicos que el usuario busca obtener, los propósitos últimos que esperan alcanzar estos siempre es la adecuada inserción de ellos en el entorno al cual pertenecen por opción, imposición o circunstancia. Compensando así el sujeto los estados inadecuados que los hechos adversos del entorno le causan, el uso de drogas para ellos es una adecuación cultural, buscan estar bien en ese conjunto de valores y normas, o cuando menos estar ausente o evadidos de aquel mundo mientras los efectos de ellas duran. Igual propósito tiene la farmacopea psiquiátrica, la diferencia es sólo de legalidad y, claro está, de profesionalismo.

Lo primero a tener presente es que la mayor parte del uso de drogas es no problemático, como lo reconocen los organismos internacionales, así ONUDC estima que si hay una prevalencia media anual del 5,2% (entre 3,6% y 6,9%) de la población mundial entre 15 y 65 años, solamente el 0,6% podía tener consumos problemáticos¹⁰, esto quiere decir que de unos 240 millones de usuarios de drogas en el mundo unos 18 millones serían consumidores problemáticos, algo así como el 12% de aquellos solamente. Además, de ese 5,2% de usuarios del conjunto de drogas sometidas a control, el 3,8% es usuario de cannabis, unos 172 millones, cerca del 72% del total de usuarios del conjunto de drogas¹¹, finalmente, se debe tener presente que la cannabis tiene cada día más aceptación social y varios estados han establecido diversas modalidades de acceso a ella que no implique la criminalización de los usuarios ni de los proveedores, entre ellos Holanda, Portugal, Estado Español, Suiza, Australia, Nueva Zelanda, Canadá y los Estados Unidos de América, ahora lo está haciendo Uruguay con una legalización explícita de su consumo y provisión lo cual, hace prever su próxima despenalización internacional y la reducción del problema de las drogas, debido a su criminalización, a un tercio del actual.

Midiendo usos y usuarios de drogas

Junto con el discurso farmacológico que es algo así como un discurso nutricional sobre las drogas, que indica los impactos neurobiológicos de sus usos que conducirá a lo inevitable de la conducta desastrosa prevista, tal cual la reacción muscular de la pobre rana muerta a la que se le aplica corriente eléctrica en el famoso expe-

10 United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2013. Vienna, p.17

11 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas. 2012, Viena, p.9.

rimento escolar; el otro discurso es el epidemiológico que aparece como un relato de certeza científica escrito de manera estadística. Sin embargo, como veremos, las estadísticas pueden ser leídas de muchas maneras.

Los relatos del vicio y de la deriva

Los discursos oficiales contienen relatos equívocos con supuesto fundamento científico, la “evidencia científica”, los relatos más instalados sobre las drogas son: aquel que afirma como el inicio en un consumo meramente recreativo o ritual indefectiblemente conducirá al camino de la dependencia y la adicción compulsiva, también, aquel que el consumo de una droga blanda como la marihuana terminará por trasponer al usuario al consumo de drogas más duras como la cocaína o la heroína.

Una manera simple y respaldada en la de evidencia científica es comparar los tamaños de poblaciones que hacen uso con diversas frecuencias de esas sustancias, así como observar las capacidades que tienen las diversas sustancias psicoactivas de mantener la adherencia a su consumo por sus usuarios. En el siguiente cuadro se hacen esas comparaciones para la Unión Europea, en drogas ilícitas, y para España en las sustancias lícitas.

CONSUMO DE DROGAS EN LA UNION EUROPEA(1) Y ESPAÑA (2)

Sustancias	Prevalencia vida	Prevalencia año	Prevalencia mes	Ex consumo	Ex consumo/ Prevalencia vida
Ilícitas					
Marihuana UE	23,7	6,8	3,6	16,9	71,3
Marihuana(2)	27,4	9,6	7,0	17,8	65,0
Anfetaminas UE	3,8	0,6	-	3,2	84,2
Éxtasis UE	3,4	0,6	-	2,8	82,4
Opiáceos UE	-	0,4*	-	-	-
Heroína(2)	0,6	0,1	-	0,5	83,3
Cocaína y crack UE	4,6	1,2	0,5	3,4	73,9
Cocaína (2)	10,2	2,6	1,2	7,7	74,5
Controladas					
Hipnosedantes(3)	13,4	9,0	5,2	4,4	32,8
Lícitas					
Alcohol(2)	90,9	76,6	62,3	14,3	15,7
Tabaco(2)	71,7	40,2	37,6	31,5	43,9

*Consumo problemático

Fuentes:

(1)OEDT, Informe OEDT 2012

(2)-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España (edades) 2011-2012 Madrid, 22 de enero de 2013.

-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2005-2009.

(3) tranquilizantes y somníferos en España.

Leyendo, por así decirlo, al pasar es observable que si bien la curiosidad por la droga es significativa para la marihuana con una 23.7% de la población, entre 15 y 65 años, que la ha probado alguna vez en su vida (prevalencia de vida), aquellos que las usan en la actualidad son pocos (prevalencia año) un 6,8%, pero lo más importante es que el 96,4% de la población en referencia no la ha usado en el último mes, es decir, que en la práctica son muy pocos quienes tienen riesgos por uso de drogas (prevalencia de mes), algo así como un 4% de usuarios recientes de drogas no pueden constituir ni una epidemia y un flagelo sanitario y social. Es de destacarse, que de quienes usa drogas en la actualidad los que usan marihuana son diez veces más que los que usan cualquiera de las otras, entonces, aquella es una supuesta puerta de entrada a las drogas duras notablemente pequeña. Lo que llama la atención es que la segunda curiosidad mayor, al menos en España, es por los tranquilizantes y somníferos –hipnosedantes- con un 13,4% de prevalencia de vida.

Los consumos que si se muestran significativos son los actuales –anuales- de alcohol 77% y tabaco 40%, en España, los consumos recientes, de riesgo, con 62% para alcohol y de 38% para tabaco, o sea diez veces que quienes fuman marihuana.

Finalmente, la adherencia de los usuarios a su sustancia de preferencia también resulta significativa, las drogas controladas, que lo están supuestamente por su capacidad de causar dependencia y adicción, en un 75% han sido abandonadas por sus usuarios, sin que haya una diferencia de significado estadístico entre las tasas de abandono, más aún, más abandonada es la cocaína, con 74%, al igual que la heroína, pese a todos los discursos que las señalan como sustancias más adictiva que la marihuana. Al final, cuando revisamos los consu-

mos actuales, mensuales, los que podríamos considerar de riesgo, en España los hipnosedantes con un 5,2% ocupan un lugar próximo a la marihuana con 7,0%.

El cuadro anterior es una matriz que relaciona los diversos tipos de sustancias psicoactivas más consumidas, pero estas tiene sus efectos e impactos en diversos aspectos del ser humano: su condición biológica básica en este caso el aspecto neurológico que llamamos efecto farmacológico de la sustancia ingerida, de su principio activo; también el impacto psicológico de esas sustancias en alcanzar los estados mentales buscados, propiedades psicotrópicas; asimismo las consecuencias culturales como modalidad positiva o negativa para la inserción del sujeto en su entorno de pertenencia sea: familiar, entre pares, amical, profesional, vecinal, comunal, social y judicial, y; finalmente, los riesgos sanitarios de su consumo en términos de la capacidad de provocar dependencia o adicción en los usuarios.

Una droga que ha gozado históricamente de gran aceptación social como el tabaco es no obstante compleja, su efecto farmacológico es bajo, pero su impacto psicológico es alto, su consecuencia cultural es baja, pero su capacidad de causar dependencia es alto, a la vez. Si bien la nicotina que es la sustancia activa buscada en sus efectos no tiene mayor impacto en la salud biológica del usuario, en cambio, el alquitrán y otras sustancias tóxicas contenidas y activadas en la combustión de tabaco al ser aspiradas por el usuario son gravemente perjudiciales para la salud del usuario. Lo que convierte al tabaco, en tanto contenedor de la nicotina, en la sustancia más peligrosa para la salud pública, de allí que resulta notablemente racional la nueva política de las autoridades británicas de recomendar y facilitar otras formas de acceso a la nicotina, vía parches, chicles, pufs, etc. que evite el uso del tabaco fumable.

El médico chileno Juan Pérez Franco hace una sugerente comparación entre los riesgos para la salud de la cocaína y el tabaco, o más específicamente la nicotina, de sus diferencias farmacológicas y sus similitudes clínicas sobre la conducta, en cuanto al riesgo constata que:

“La cocaína tiene un alto riesgo cardiovascular inmediato, con posibilidad de infarto al miocardio (15), isquemia y hemorragias cerebrales (16, 17), hemorragia y perforaciones gastro-duodenales (16, 18). A largo plazo está vinculada a deficiencias neurocognitivas (19). El riesgo de la nicotina, ampliamente conocido (20, 21), es más bien en el plazo mediano a largo (riesgo cardiovascular, oncológico, respiratorio, etc.), y no existe un “nivel de seguridad” para su uso: todo uso es riesgoso (22)”¹².

La diferencia farmacológica entre ambas sustancias es así descrita:

“En el nivel farmacológico, la cocaína es un bloqueador de la bomba recaptadora de dopamina (DA), en cambio la nicotina es un estimulante de los receptores acetilcolinérgicos nicotínicos (26). Mientras que la cocaína es una sustancia relativamente pura (dado que es un producto elaborado), y que en el consumo habitual se acompaña de pocas sustancias agregadas que tengan un real efecto farmacológico, la nicotina se acompaña de múltiples sustancias con efectos no completamente conocidos, aunque la responsable de la adicción es la nicotina misma. Hay evidencia de que parte de la capacidad adictiva de la nicotina se debería a la acción de otras sustancias contenidas en el cigarrillo, tales como inhibidores de la MAO (27)”¹³

12 Pérez-Franco, Juan M. Nicotina y cocaína: la dispar historia de dos hermanas siamesas. Consecuencias de un cambio de enfoque. Rev GPU 2011; 7; 1: 69-76. P.71.

13 Ídem, p.72

En cambio en el campo clínico las similitudes constatadas entre esas sustancias son:

“De manera que tanto la cocaína como la nicotina son igualmente capaces de provocar a nivel neurobiológico y clínico un síndrome notablemente parecido: el sujeto reacciona de manera cada vez más intensa a las claves ambientales asociadas al consumo, con ansiedad y patrones motores estereotipados compulsivos de búsqueda y consumo” ¹⁴p.72.

Finalmente, Pérez-Franco concluye que:

“En suma, nicotina y cocaína no tienen diferencias significativas en cuanto a su adictividad ni a la neurobiología de los trastornos que provocan. Tampoco tienen diferencias notables en el potencial riesgo fisiológico que ocasionan en el usuario, ni en las conductas adictivas que desencadenan ante los estímulos ambientales. Ambas son igualmente controlables por una parte significativa de los usuarios”.

“La gran diferencia entre ambas sustancias se encuentra en la sanción social que arrojan sobre los usuarios y en el control policial de éstos, una táctica que se ha mostrado particularmente ineficaz para disminuir los índices de consumo (67)”¹⁵.

Aquí es reafirmado que la diferencia no está en las sustancias sino en los contextos, los entornos, las circunstancias de su uso debido al modelo de prevención y control imperante. En comparación por los tamaños de poblaciones comprometidas en su consumo, el discurso en el caso del alcohol es *sui generis* en cuanto a su ingestión

14 Ídem, p.72

15 Ídem. P.74

excesiva, recuérdese que es la sustancia psicoactiva más consumida por la población, no obstante la consecuente conducta atrabiliaria no es atribuida a la sustancia –pese a que los españoles hablen de *vinos peleones* – si no al sujeto, debido a fallas de su personalidad, falta de auto control, carencia de educación, etc., o debido a leyes ineficientes, lenidad de las autoridades, debilidad de la policía, etc., etc.

En la descripción estadística de las consecuencias sanitarias de ciertas ingestiones y costumbres o hábitos tenemos que hoy en el mundo la OMS informa que cerca del 60% de las personas se mueren a consecuencia del uso del tabaco, la ingestión del alcohol y la obesidad debido a la mala nutrición, aquí las drogas no son mencionadas para nada. Este modelo de muerte, de mortalidad, hasta no hace mucho era el modelo de muerte en los países desarrollados, hoy ha devenido planetario, global.

La función de utilidad de las drogas

Dado que ya casi universalmente se reconoce que los consumos conflictivos de drogas sólo afectan a una porción menor de los usuarios de drogas, más aún, a una porción menor de los usuarios habituales de las mismas, es posible reconocer entonces que el uso de drogas tienen una función de utilidad para quienes las usan, es decir, la capacidad de satisfacer necesidades y gratificar deseos, lo cual puede ser estudiado y comprendido “más acá” de la apetencia incontrolable que por ella puedan tener algunos de los usuarios. Es decir, que las drogas y sus usos pueden ser estudiados como unas mercancías que tienen un valor de uso y un valor de cambio en un mercado específico, el mercado de la salud, concretamente en el de la salud mental.

Si entendemos a la cultura como una estrategia preparada en el pasado para resolver asuntos del presente, bien podemos clasificar los usos de drogas, la función de utilidad específica que la droga tiene para resolver situaciones adversas determinadas que las personas necesitan o desean controlar, manipular o simplemente gestionar. Bien podemos resumir con Lipovetsky la situación general, en una sociedad tan ansiógena como la nuestra la población lo que busca son usos ansiolíticos, no restringidos a las sustancias ansiolíticas. En drogas, no es correcta la pregunta por qué las personas consumen drogas, como si fuesen víctimas de una enfermedad, de una maldición, de un sino indiscifrable, en el campo del asunto de las drogas la pregunta correcta es para que las personas usan drogas, qué es lo que resuelven en su uso, que es lo que el usuario obtienen en su consumo.

El Uso Funcional

Un primer uso que se puede identificar es simplemente el uso o consumo funcional, controlar el sueño mediante estimulantes suaves como los contenidos en el café, el té o el chocolate –cafeína, teína y teobromina- o por el contrario buscar el reposo necesario mediante la ingestión de pequeñas dosis de alcohol, hierbas varias como la manzanilla, la pasiflora o la melisa, pero unas fumadas de cannabis también son útiles con estos propósitos. El uso de aspirinas u otros analgésicos para calmar el dolor de cabeza o muscular es un recurrente y conocido uso funcional. Fumarse un cigarrillo de tabaco aporta la suficiente cantidad de nicotina para calmar la inquietud o la impaciencia.

El Uso Festivo

La fiesta es una moratoria de lo cotidiano, “al séptimo día él vio que había hecho bien y decidió reposar”. Las exigencias de la post modernidad son extenuantes en los campos educativos, laborales, de la academia, las artes o la farándula, la política, la función pública, etc., luego de cinco días de tensiones y tomas de decisiones se hace necesario al decir de un discurso imaginario del usuario de pasta base de cocaína: “estando consciente se desea suspender el sentir y el pensar”, esta es un búsqueda ansiolítica que se logra mediante un fuerte estimulante de sistema nervioso central como la PBC. Este es una modalidad de uso preferente entre los jóvenes exitosos o en busca de ello, pero no sólo de ellos, es en general el consumo de quienes como estudiantes, ejecutivos, directivos y personas con altas responsabilidades de conducción o técnicas, buscan un reposo reparador, para luego volver a empeñarse mejor.

El Uso Eufórico

La euforia es una actitud, una manera de ponerse ante una situación de vieja tradición cristiana que refiere a la capacidad de cargar con un dolor, de soportarlo. La pérdida de un ser querido, un desengaño amoroso, el desempleo súbito o prolongado, pero sobre todo entre las mujeres que entran en la madurez donde hay una profunda desazón por la construcción de sus vidas al completar la crianza de sus hijos, el “síndrome del nido vacío”, al asumir el “enfriamiento” de la relación afectiva con su pareja, cuando no el abandono de hecho, cuando la construcción o reconstrucción de una carrera profesional ya es muy tarde, etc.; entretanto se encuentran nuevas vocaciones, oportunidades o destinos el uso eufórico de drogas es una buena me-

dida de salud mental. Este consumo es predominantemente femenino, pero no exclusivo de ellas. En todo caso, en el mundo, por esta razón eufórica el número de mujeres que usan psicofármacos triplica el número de hombres que consume drogas controladas. Esto permite afirmar que pese a los discursos oficiales el asunto de drogas es predominantemente femenino.

El Uso Enteógeno

Tanto en el pasado como en el presente el uso de drogas ha servido para entrar en contacto con los dioses, esto aún es una experiencia corriente entre las comunidades indígenas amazónicas que usan yajé -ayahuasca- y las de las zonas fronterizas entre México y los Estados Unidos de América que usan peyote, pero sobre todo para asumir experiencias que evidencian la pertenencia a lo común con otros, esta es la experiencia simbólica de la fe en una deidad. Hoy en la soledad de la individuación, incluso en la “muerte de Dios” para muchos, el uso enteógeno de las drogas y sus prácticas rituales asociadas que generan una comunidad en aquello que es la trascendencia colectiva de sus individualidades, es a no dudarlo una evidente medida de salud mental, de auto cuidado con otros iguales, con pares en aquello.

El Uso Recreativo

Finalmente, hay usos que no tienen más propósito que pasarlo bien, que recrearse en una mayor desinhibición o locuacidad, mejor expresión corporal, mayor sensibilidad auditiva o propiamente musical, etc. Este es el consumo mayoritario de las drogas según muchos autores.

3. Ethos y campos de acción, territorios de intervención (norma y práctica)

¿Cómo se comportan o conducen los usuarios y proveedores en el mercado de las drogas? ¿Cómo se conducen los actores en el mundo de las drogas: los usuarios, los proveedores y los persecutores de esas sustancias? ¿Qué es la economía política de las drogas? Son preguntas que demandan respuestas para construir una intervención.

Aquí, en la economía política de las drogas, no hay nada de perverso en el sentido de una voluntad castigadora irracional del estado –Creonte ordenando la muerte de Antígona por desobedecer su orden de no enterrar a su hermano Polinice, el traidor a la ciudad-, el castigo a la provisión y consumo de drogas no disuade ni impide esas conductas, de la misma manera que el derecho penal no tiene ninguna posibilidad de cumplir con sus promesas de la prevención especial y la prevención general según la cual la eficacia del castigo impedirá a los sancionados delinquir y disuadirá a los otros de hacerlo, ya que desde siempre y en todas partes, casi todos de los hechos delictivos no tienen sancionado alguno, más del 95%. Pero el valor simbólico del castigo, que traslada el castigo patriarcal de su eficacia práctica en la intimidad e inmediatez del hogar al conjunto opaco de toda la sociedad, no muestra igual eficacia. Además, está claro que el castigo no repara a las víctimas ni restaura el ordenamiento trasgredido, por el “acto injusto”, su carácter eminentemente fetichista tienen que ser ejemplificador en la aplicación de la violencia horrible –el tormento y publica de su aplicación –el cadáver de Polinice debe ser comido por los perros -, luego cuando la “vergüenza humanitaria”, intuición de la impunidad general y la constatación de los errores judiciales, hizo desaparecer el tormento y restringir la muerte del menú de castigos, hasta quedarse casi solamente con la privación de libertad y las

sanciones pecuniarias, bien es sabido que esos son los valores más importantes de la “cultura del capital”. No obstante, bien conocemos que la amenaza de horror sigue presente con la “clandestinidad sabida” de las torturas y desapariciones ejercidas por los agentes públicos, o por los privados a su servicio.

El castigo, la eficacia de la pena, en drogas no se aplica para proteger un derecho específico que ha sido trasgredido, como en el homicidio donde el bien jurídico protegido y trasgredido es la vida, en lesiones la integridad de la persona humana, en secuestro su libertad, en el robo o daño a la propiedad, etc. Aquí, como en el caso Creonte contra Antígona, lo que se castiga es contravenir una orden del Estado tendiente a proteger un bien común, la salud pública, se ha prohibido la provisión de drogas para impedir que las personas las utilicen sin la debida autorización y la competente supervisión médica, luego se prohibirán en lo absoluto aquellas drogas que se considera que no tienen utilidad terapéutica alguna, pese a sus inequívocas propiedades psicotrópicas como calmar el dolor, la ansiedad, la angustia, el miedo, el tedio, etc. o simplemente el sueño, el cansancio o el hambre, etc. Después, para legitimar más aún la prohibición de la provisión de drogas se castigará el consumo, ya que aquello causa su demanda, aquí la transmutación de la lógica penal convierte a la víctima del tráfico de drogas en el instigador, en el autor intelectual del delito, en el instigador de sus propios daños y de su muerte, el léxico oficial lo convierte de usuario en drogadicto y toxicómano, etimológicamente el que toma el partido de las drogas y tiene la manía de envenenarse. Esta transmutación es ya conocida, el violador sexual siempre argumenta que la víctima es la culpable ya que envió señales equívocas al victimario sea por sus gestos, ubicación o propia condición v.g. ser mujer, homosexual o niño; en el campo de las trasgresiones a los derechos

humanos los transgresores siempre culpan a las víctimas, ya sea porque era sospechoso de ser culpable, resistente al interrogatorio, no colaborador, o simplemente por su condición: ser comunista, joven, pobre o narcotraficante. La nueva ciencia de la victimología tiende a buscar en el afectado los errores conductuales o posicionales que lo hicieron víctima de un delito, enfermedad o accidente.

La libertad es suprimida en el modelo infecto contagioso explicativo del consumo de drogas, pomposamente llamado ecológico, donde la triada agente-medio ambiente –huésped es sustituido por droga-medio social-usuario, suponiendo algo así como la posibilidad de que alguien se satisfaga en el consumo de alimentos contaminados. Quien usa drogas sabe de sus resultados y se ha tomado la libertad de hacerlo, quien come cebiche con cólera no tiene tal propósito, aunque en ciertas circunstancias asuma el riesgo.

El control de tales usos y tratos ha sido protegido por protección penal, la criminalización de la provisión y del uso de drogas, pero la eficacia penal es igual a la eficacia mítica, o simbólica, es en la creencia en ella en lo que está su eficacia. La eficacia mítica es el rito del farmakon: a él se la atribuyen todos los males, sobre todo los que provienen de los jóvenes, los distintos, los opositores, etc. Finalmente, hay suficiente evidencia estadística y casuística para afirmar que perseguir y castigar los delitos por drogas son la forma más fácil y eficiente de cumplir con las metas de la política criminal, no hay nada más fácil que identificar y atrapar a una persona bajo los efectos o portadora de pequeñas cantidades de drogas, en Chile tenemos 85.000 detenidos al año por infracciones a la ley de drogas, más de la mitad de todos los detenidos por todos los delitos, mientras que las denuncias por drogas no llegan a 2.000, en cambio, en robo con fuerza, que tiene más 200.000 denuncias los detenidos sólo llegan a 19.000 al año.

En breve, se puede afirmar que en drogas, el castigo, o el empleo del derecho a castigar, simbólicamente es una manera eficiente, fácil y muy visible o mediática de legitimar el ejercicio del poder, sobre todo la excepcionalidad en el ejercicio del poder: “la guerra de las drogas”. Como lo fue la guerra contra el comunismo o lo es la guerra contra el “crimen organizado” o “la guerra contra el terrorismo”.

Las drogas y las relaciones internacionales

El “gobierno de las drogas” como un intento por un control totalizador del consumo y la provisión de drogas en los campos de la educación, la salud, el control social y la política criminal, tiene también un carácter global, es decir planetario, es el más antiguo componente del sistema de la Naciones Unidas con la Convención de Shangay en 1909, allí todo está regido por unas convenciones diseñadas por los expertos y probadas por unos diplomáticos, que jamás fueron consultadas, debatidas, ni aprobadas por los pueblos a los cuales se les aplica esas normas que tienen protección penal –sus trasgresiones son delitos criminales-, ni por los representantes de aquellos en sus parlamentos, quienes tiene la prerrogativa política de hacer las leyes, sólo podían aprobar esos tratados, ya que si los rechazaban se convertían en parias internacionales en “enemigos de la humanidad”, sobre todo de los niños.

En el campo de las relaciones internacionales cualquier intento de aplicar las convenciones internacionales de acuerdo a los intereses nacionales es juzgado con suspicacia cuando se trata de un país en desarrollo, como sucede con Bolivia cuando rechaza la criminalización de la hoja de coca, o con Uruguay que se propone regularizar la provisión de cannabis, en cambio, se soslayan las propuestas de gestión de

riesgos y reducción de daños y cuando son ejecutadas por países desarrollados como Holanda, Portugal o los Estados Unidos de América.

La construcción de sujetos y el rol de pares

El sujeto se constituye en su mediación con los otros, pero bien sabemos que esa relación pocas veces es entre iguales, entre pares, la mayor parte de nuestras relaciones son asimétricas, desiguales, en un sistema de jerarquías sociales tales como padres e hijos, hombres y mujeres, maestros y estudiantes, adultos y menores, patrones y trabajadores, autoridades y ciudadanos, soldados y oficiales, hombres libres y delincuentes, médico y paciente, etc. Jerarquías económicas entre empleador y trabajador, vendedor y cliente, acreedor y deudor, tenedor de cuenta y banco, prestamista y prestatario, ahorrista y banco, etc. Jerarquías de dominación entre prisionero y carcelero, víctima y victimario, enemigos, triunfador y derrotado, amo y esclavo, señor y siervo, patrón y asalariado, etc.

Exclusión y marginalidad

Siempre será necesario distinguir entre la marginalidad y la exclusión, entre ser puesto en los límites de la sociedad y la cultura, por dentro o por fuera de ellos. En todo caso el tema de estar por fuera de alguna manera está en los orígenes de nuestra cultura occidental en el medioevo y refiere al ecumenismo cristiano, para una experta los marginales: “Son individuos que se apartan de las pautas de la sociedad y que no se adhieren a la mentalidad de esa sociedad, que se apartan de la unanimidad”¹⁶. Las sociedades antiguas y comunidades tradicionales no parecen tener marginales por pobreza, locura o enfermedad, claro está que quienes no se adherían a la mentalidad

16 Guglielmi, Nilda. Marginalidad en la Edad Media, Editorial Biblos. Buenos Aires, 1998. P.1

común podían ser excluidos de manera radical como le aconteció a Sócrates, quien por juicio de sus iguales fue obligado a escoger entre el destierro o la muerte. A su vez:

“La mentalidad está constituida por ideas, opiniones, creencias que integran el patrimonio de todos, ideas que han perdido su racionalidad, operan, actúan. Son el conjunto de ideas corrientes, de ideas operativas, que funcionan efectivamente en la sociedad, que no han sido expuestas de manera expresa o sistemática, que no han sido nunca ordenadas ni han sido motivo de un tratado, pero que, sin embargo, nutren el sistema de pensamiento y rigen el sistema de la conducta del grupo social”¹⁷

La mejor prueba de la incapacidad de las concepciones y normas sobre drogas de ser sometidas a la prueba de la “evidencia científica”, es que la evaluación de sus resultados se construye sobre el esquema que: “de no haberse hecho así los resultados serían peores”. Lo interesante aquí es que los usuarios de drogas pueden ser marginales mientras clandestinamente mantienen sus prácticas, los cuales se convertirían en excluidos cuando los efectos de las *malas prácticas* a los cuales son obligados por el rigor sanitario y criminalización legal, los visibiliza y los evidencia como lo muestran las estadísticas criminales, que luego sirven para equívocamente suponer una relación determinante entre el uso de drogas y las conductas delictivas, lo cual es falso.

El problema metodológico principal es como superar la exclusión de los usuarios de drogas y ese problema metodológico se sitúa

17 Ibíd, p.12

en el campo de las relaciones entre los usuarios de drogas, cualquiera que sea su propósito o estado, con la sociedad “mayor” en la cual se insieren y sus instituciones sanitarias, educativas, políticas y criminales. No olvidar que la exclusión en el campo de la prevención y control de drogas tienen un propósito radical que es: la *supresión* del usuario de drogas, sea “curándolo”, internándolo, encarcelándolo o eliminándolo físicamente, esto ya sea por la vía ilícita del linchamiento o por la vía lícita de la ejecución de criminales avezados, en serie, sanguinarios, etc.

Los mediadores

El rol de herbolarios y *lafkenes* o de chamanes y *machis*, en las comunidades originarias en el pasado o contemporáneas, médicas y brujas en la Edad Media Occidental, tarotistas y quirománticos de nuestras plazas y calles como promotores de auto cuidado son prácticas socio sanitarias de la mayor importancia en la salud mental. Unos transfiriendo habilidades para el crecimiento y la autogestión espiritual de las personas – independientemente de lo que esto quiera decir en cada caso, cuyo el extremo es la psicología-, otros señalando las sustancias del medio natural o la invención química que pueden ser usadas en ayuda de las personas conflictuadas con su entorno y ellos mismos –los contextos- que van de yerbateros a psiquiatras.

Asimismo, en el “mundo de las drogas” hay un personaje mediador entre la sustancia y su usuario cuyo actor es el traficante – *el que lleva la mano, el jíbaro, el transa*-, él es el que pone la sustancia salvífica y prohibida a disposición del usuario. El rol del (micro) traficante, del *pusher*, por despreciado y criminalizado que sea es central y de la mayor importancia para la gestión de riesgos y reducción de daños, un experto lo dice así:

“Hay muchos tipos de traficante. Como en todos los campos profesionales hay personas más o menos capacitadas para su trabajo. Estar capacitado para manejarse en el mercado negro implica tener varias aptitudes. En el plano de “Responsabilidad Social Corporativa”; los traficantes asesoran a sus clientes...Es posible que sean de los agentes de reducción de riesgos más decisivos en relación a que no haya más accidentes relacionados con el consumo. Su papel es fundamental. Como muestra de ellos resalta la experiencia de Techno+, un grupo pionero de la reducción de riesgos surgido en París, que mantienen una intervención conjunta con vendedores de drogas para que de un lado, para que estos incorporen conocimiento de reducción de riesgos y por el otro, la ONG pueda anticipar tendencias y/o accidentes”¹⁸

En fin, nuestro mejor par para el apoyo entre pares es aquel que se pueda comportar como un traficante, no simplemente porque provee la droga, sino porque merece la confianza del “casero” conocido y que sabe recomendar el uso apropiado y la posología adecuada, está claro que el proveedor no es un par, pero el par de apoyo tiene que tener los saberes del proveedor.

Los círculos de consumo y espacios de pares: cafés, expendios y bares, fumaderos, ollas, etc.

¿Qué es un bar o *pub* –fumadero de opio, “olleta”, “boca” o “punto”? Es un lugar para compartir con otros donde el alcohol –o cualquier otra sustancia- es el *cemento* que los une, para los alto andinos –peruanos, bolivianos, colombianos, chilenos, etc.- la hoja de

18 ParésFranquero, Oscar. La Génesis de la Reducción de Riesgos, en Martínez Oró, D.P. y Pallarés Gómez, J.: De Riesgos y Placeres. Editorial Milenio. Lleida. 2013, p.81.

coca mascada –*acullicu* o *mambeada*- es el cemento de los indios y el alcohol en cemento de los blancos; la marihuana parece ser el cemento preferido de los jóvenes, como la PBC es el cemento que les queda a los marginales. En el bar las mesas son para beber acompañado, la barra es para beber solo pero sometido al escrutinio de los otros parroquianos que allí acuden. El que bebe solo en la mesa o la barra se llama en Colombia “copisolero”, pero aun así se somete al escrutinio y cuidado de los otros. El bar es una instancia de apoyo, autocuidado y autoayuda. El bebedor social, o el alcohólico de taberna, son sujetos que de alguna manera se someten al control social, no están allí para solicitar caridad o ayuda simplemente para limitarse a los “excesos” que en un bar son permitidos. En cambio el alcohólico consumado es la persona que bebe sola y se oculta ante el escrutinio de los otros. Las “malas juntas” son encuentros y asociaciones de quienes se solidarizan en la marginalidad y la exclusión, es un recurso básico para fortalecer y sobre todo reconocer, por la “sociedad mayor”, el apoyo entre pares que como práctica constante existe entre los concurrentes de las *malas juntas*.

Estos campos de acción de las drogas son los principales campos de aprendizaje, está claro que la reducción de daños y la gestión de riesgos surgió del uso festivo y recreacional de las drogas, surgió de *la fiesta*, de esa saludable experiencia se ha trasladado al campo clínico y mostrado su eficacia ante el tedio, el miedo y el dolor.

La educación entre pares

Los pares, los iguales, son quienes mejor pueden entender las demandas de los usuarios y a la vez, si son informados y reconocidos como interlocutores, quienes mejor pueden comprender las ofertas de los sistemas institucionales que son útiles para los usuarios.

La educación entre pares es una de las primeras experiencias de apoyo entre iguales, que más allá de la experiencia social y comunitaria tradicionalmente conocida, como las instituciones de “ayuda mutua” de los sectores carenciados de la sociedad, tales como trabajadores, comunidades religiosas, minorías culturales o étnicas, etc. que se proponen transferir algunas habilidades específicas, como saber leer, aritmética contable, primeros auxilios, etc., ellos son un modelo a seguir, muchas veces “el modelo a seguir”, cuando los sistemas educativos institucionales no están en condiciones de hacerlo o no tienen tal voluntad. Dada las situaciones de exclusión social y de denegación de prestaciones a los usuarios por los sistemas de salud debido a la condicionalidad a la abstinencia, la educación entre pares para realizar ciertas prácticas de consumo que permitan gestionar los riesgos y reducir los daños, en tanto prácticas efectivas de prevención del VIH-SIDA entre poblaciones vinculadas a prácticas sexuales de riesgo, al comercio sexual y el uso de drogas, sobre esto hay una rica experiencia expuesta por los organismos especializados de Naciones Unidas, OMS y ONU SIDA en su Guía para la Evaluación Rápida y Desarrollo de Respuestas en el Uso de Sustancias y Conducta Sexual (sex-err), pese a su antigüedad de quince años.

4. La desregulación de la reciprocidad

El triángulo drogas, pobreza y salud que trabaja Epele¹⁹ – ver también el triángulo pobreza, violencia y criminalización (ley penal)- bien rinde cuentas de como la relación drogas y salud que se constituye en el “transar” -ver intercambio y transacciones (valor de uso y va-

19 Epele, María. Sujetar por la Herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Paidós, BBAA. 2010

lor de cambio)—que sufre un profundo cambio con la aplicación de las políticas neoliberales y el “sinceramiento de la economía”, el mayor “empobrecimiento de los pobres” genera una pérdida de las relaciones de reciprocidad tradicional que se dan en el campo de la comunidad local, la vecindad, las amistades e incluso la familia o la pareja; por así decirlo, se produce una “desregulación” de esas relaciones de reciprocidad local o próxima. Desaparece el crédito y la calidad se pierde, es decir la confianza mutua y la salud, el consumo es separado de la provisión, el clorhidrato de cocaína (HCL) es sustituido por la pasta base de cocaína (PBC), la violencia es el regulador último y primer mensaje universal de las transacciones de drogas: “narcotráfico”, “guerra de las drogas”, “narcoterrorismo”, etc.

La idea según la cual la droga es, más allá de la sustancia misma, un conjunto de rituales y discursos mediante los cuales se ejecutan sus prácticas de consumo y provisión, así como de los discursos que instruyen y explican esas prácticas, en Chile ha sido poco estudiado, publicado y referido solamente en “Futuro y Angustia” y “Huachos, Morenos, Vampiros y Pichones”.²⁰

La violencia debe ser entendida aquí como el uso del dolor para doblegar la voluntad del otro, o la amenaza de hacerlo, o el derecho de hacerlo, el orden nacional e internacional, se construye en el monopolio de la violencia por el estado: el derecho penal y la guerra.

El proceso de degradación de la vida cotidiana asume sus formas más duras cuando las relaciones familiares, de parentesco, amistad, vecindad, comunidad son desplazadas por relaciones mercantiles, esa

20 Gainza, Alvaro y otros. Futuro y Angustia. La juventud popular y la pasta base de cocaína en Chile. Ediciones Sur. Santiago de Chile. 1997.

Rosas Vidal, Cristian: Morenos, Vampiros y Pichones. El orden callejero del consumo de Pasta Bases de Cocaína. Un estudio etno-sociológico de una población en Conchalí. En Asumiendo el Conflicto. Perspectivas acerca del fenómeno social de las drogas en Chile. Ediciones Serpaj. Chile. Santiago de Chile. 2001.

desjerarquización de valores que desde los inicios del pasado siglo es descrito en el tango “Cambalache”. Históricamente el intercambio de bienes y servicios, de cosas y favores, pasa de las relaciones de reciprocidad a las relaciones mercantiles. Las normas que rigen los intercambios recíprocos de cosas por cosas y de favores por favores, de cosas por favores, de personas por cosas o favores, de funciones por cosas o favores, etc., constituyen la complejidad íntima de cada cultura y el objeto de estudio por excelencia de la etnografía y la antropología.

En lo local el consumo de drogas no es separable de la provisión de drogas, por eso cuando lo local se deteriora estas relaciones también se deterioran, degradada la solidaridad social, la tolerancia cultural y la participación colectiva sólo quedan las “estrictas” relaciones económicas que definen las estrategias de sobrevivencia. Si bien, son las relaciones sociales sobre las cuales se construyen las relaciones económicas, si bien lo social antecede a lo económico y lo funda, lo económico puede petrificar las relaciones sociales para violentar la apropiación del excedente económico, así, la familia patriarcal deriva al esclavismo, la comunidad territorial a la servidumbre campesina, la sociedad libre al trabajo asalariado, etc.

El cambio de las relaciones comunitarias por las relaciones mercantiles, el cambio del compartir la droga por el vender, el asocio por la subordinación en el negocio, la lealtad por el engaño en la calidad, el crédito en la transacción al pago de contado, la persuasión por la violencia en el cobro, la pertenencia a lo común por el desprecio al “barrio bajo”, el sexo por drogas, etc. que el escritor chileno Marcelo Mellado lo describe literariamente como reflexión de un proveedor de drogas así:

“Tengo un cliente medio maraco, pero buena persona, eso es lo que me gusta de la provincia, hay buena gente todavía; no todos, pero algunos si una buena porción de gente que cumple su palabra y que no anda con esa huevá maldita de los flaites y de los choros que cagan el negocio con su mala onda o con su informalidad. Huevones que no respetan los acuerdos o que basurean de más el producto o te andan queriendo cagar”²¹

Si bien el paso del intercambio recíproco al intercambio mercantil de drogas genera una pérdida grave de la cohesión social local, en el bien entendido que la distribución nacional, mayorista y de distribución local siempre estuvo regida por las normas del intercambio mercantil con sus estructuras y pautas de precio y crédito, también tiene ese carácter el comercio minorista en los sectores de clases medias y altos ingresos, incluso con los “visitantes” a los barrios populares, en cambio, en estos barrios populares las normas de intercambio entre “los propios” se regían por complejas relaciones de reciprocidad, donde estas son más complejas y de difícil gestión que las normas mercantiles. La violencia dura surge precisamente en las fallas a esas normas. Más aún, dado que las relaciones en “el mundo de las drogas” pueden estar indistintamente regidas y complementarse entre aquellas regidas por lo recíproco y lo regido por lo mercantil, donde las “equivocaciones” se pueden pagar de manera terrible.

La relación violencia y drogas

Siempre se argumenta que la violencia es la última ratio, la razón última para ejecutar una voluntad, cuando las otras formas de acuerdo o subordinación y sometimiento se han agotado o simple-

21 Mellado, Marcelo. Merca. The Clinic. N° 502, 11 julio 2013. Santiago, p.12

mente son rechazadas o clausuradas. Como ya se dijo, la violencia debe ser entendida aquí como el uso del dolor para doblegar la voluntad del otro, o la amenaza de hacerlo, o el derecho de hacerlo —el monopolio de la violencia por el estado (el derecho penal y la guerra).

Lo que ha quedado en claro con el fracaso de la “guerra de las drogas” es que el intento de controlar su provisión —Convenciones de 1961 y 1970- y consumo — convención de 1988- mediante el empleo de la violencia ha sido derrotado. No obstante, la violencia en el mundo de las drogas mantiene su vigencia precisamente porque la criminalización de su oferta o demanda, de su provisión y consumo, impide que tanto las normas de reciprocidad o las mercantiles regulen los intercambios entre quienes las demandan y quienes las ofrecen, en el campo de intercambio de drogas no es posible un derecho civil que reconozca los derechos de los sujetos de la sociedad civil y regule sus relaciones, ni un derecho comercial que reconozca los derechos de las partes en un contrato y regule las maneras de hacer los intercambios entre las partes. Es en estas circunstancias de no regulación que han surgido las mafias, la cartelización de los agentes y grupos organizados que operan el mercado de las drogas. Más aún, las causas o el origen del crimen organizado están en las prohibiciones, penalmente protegidas, que han pretendido controlar demandas sociales por diversos bienes y servicios, tales son los casos del contrabando, la prostitución, la ley seca y el narcotráfico.

5. La restauración de la reciprocidad

La Restauración

El concepto y la práctica de la restauración está tomada de la justicia restaurativa, que recoge las experiencias de las comunidades originarias en la prácticas de justicia reparatoria como alternativa, o mejor dicho antecedente, a la justicia premial o retributiva que caracteriza a la justicia penal estatal.

Las políticas de drogas, así como la generalidad de las políticas económicas y sociales, entendidas como participación en la distribución del ingreso nacional y de accesibilidad a los servicios básicos y sociales, se han caracterizado por desregular los mecanismo de reciprocidad local en los aspectos sociales en general y sanitarios o de salud en particular. Más aún, la patologización o medicalización del “malestar en la cultura” –temor, dolor, depresión, ansiedad, etc.- así como la prohibición de formas alternativas de ayuda o auto ayuda, el uso de drogas, construido como “el problema de las drogas” y la criminalización de la provisión de drogas, intervenido como la “guerra contra las drogas”, han deteriorado tanto las confianzas y las relaciones entre los usuarios de drogas y las instituciones de salud, sobre todo con el sistema público de salud, ya que el sistema privado es más flexible en la aplicación de las normas sanitarias atingentes, pero sobre todo han alterado las confianzas y las relaciones entre los usuarios de drogas y sus entornos familiares, vecinales, comunitarios y sociales, así como, entre los usuarios de drogas entre sí y con sus proveedores: pérdida de calidad, alza de precio y negación del crédito.

La construcción del imaginario colectivo de los usuarios de drogas como drogadictos peligrosos y de los proveedores de drogas

como delincuentes abusivos y violentos destruye confianzas, solidaridades, tolerancias y reciprocidades. Los discursos oficiales e institucionales, los discursos académicos y de los especialistas que son mayoritarios en volumen y difusión legitiman los argumentos que refuerzan dos ideas: que cualquier relación con la droga –de usos o provisión- es atentatorio contra la salud y criminógeno. La relación enfermedad y crimen, es oscilante, como ya se dijo, el control sanitario propuesto en origen a inicios del siglo pasado fue reforzado por el control penal lo cual criminalizó las relaciones con las drogas; hoy se va instalando una tendencia de sustituir la política criminal de drogas por una política sanitaria, más que debido a una convicción de que se trate de un asunto de salud, con la intención expresa de disminuir la sobrecarga que actualmente tienen el sistema penal y penitenciario por la persecución de los delitos por drogas, hay un problema de eficiencias en el uso de los recursos de costo de oportunidad para la seguridad pública y ciudadana. En esto es proverbial el reciente informe de la OEA (Organización de Estados Americanos).

El uso y la provisión de drogas es un asunto de salud pública, específicamente de salud mental, entendida en un sentido lato como la búsqueda del bienestar personal y colectivo mediante la gestión del dolor, el temor, la ansiedad, la angustia, la depresión, la tristeza, el desánimo, el desinterés, etc., así como de los diversos trastornos y enfermedades asociadas o consecuentes. La importancia de la salud mental en la vida cotidiana actual es tal que la mayor parte de las licencias médicas son otorgadas por trastornos de salud mental (principalmente depresión femenina), además, el mal manejo de este asunto por la institución de salud es tal que la mayor parte uso dependiente y adictivo de drogas, mayoritariamente de psicofármacos -da

lo mismo que si de manera legal o ilegal-, es de origen *iatrogénico*. La iatrogenia masiva por el uso de fluoxetina (Prozac) y benzodiazepinas está bien informada. Lo cultural como un determinante de la salud actual es claro, ya que el 60% de las muertes no se deben a enfermedades infecto contagiosas sino que a la ingesta del tabaco, el alcohol y a la obesidad.

El reconocimiento entre pares

La restauración de la regulación de la reciprocidad en los intercambios necesarios a la gestión de la salud mental es el propósito de una estrategia de apoyo entre pares. Sin embargo, el reconocimiento entre pares, el proceso de reconocer a otro como un par, como un igual a sí mismo no es simple, precisamente porque lo instalado no solamente en el imaginario colectivo construido por los expertos, hacedores de políticas y los medios de comunicación, sino también por la política sanitaria, en particular de salud mental, pero sobre todo por la política criminal, que es el último control, la razón última, del control de lo otro y del otro, que se basa en la asimetría de poder entre el controlador y el controlado.

El otro y la otredad

El otro para el ego es siempre el otro deseado, es la simétrica igual del amigo como otro igual a mí mismo, el otro no es el que es sino que el que yo deseo, que Sepúlveda Galeas define así:

“Constamos también como la estrategia discursiva colonial que aborda la otredad, tarde o temprano, termina pivotando en el estereotipo racial. Sin embargo, aquí la cuestión racial no se relaciona con el color de la piel o la pureza de sangre, sino

con la categorización de individuos según su nivel de similitud o cercanía respecto de un modelo presupuesto de humanidad ideal. Modelo por cierto situado en el contexto histórico de un orden civilizatorio moderno/colonial.”²²

La búsqueda ahora es establecer la paridad de los pares, como se aproximan el par que ofrece la gestión del riesgo y la reducción del daño al par que es el receptor de estas prácticas ¿Cómo se parean los pares?²³

Solidaridad y caridad

En términos religiosos la virtud de la caridad es el amor, es el amor de Dios por los suyos y entre aquellos por él concedido a ellos. El mensaje es: “Ámense unos a otros como yo los he amado”²⁴ Para Benedicto XVI *Deus Caritas Est* (Dios es Amor), es el centro de la fe cristiana²⁵.

La secularización de la caridad aparece en la modernidad, en las ciencias sociales y las políticas públicas como solidaridad en el aspecto social que se entiende como la capacidad de entregar bienes y servicios a otros individuos reconociendo a estos como tus semejantes; es decir, poder compartir un hogar, alimentos, sentimientos, abrigo, etc., incluso con otro ser vivo, pensando no sólo en los seres humanos, también en los animales, compartir es distribuir algo en

22 Sepúlveda Galeas, Mauricio Alejandro: El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: exotización, vicio y enfermedad. Tesis doctoral. Dirigida por Dr. Oriol Romaní Alfonso. Dept. d'Antropologia, Filosofia i Treball Socia. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. 2011

23 La institución del pareo entre representantes políticos antagónicos consiste en que ambos se abstiene de votar o estar presentes si uno de ellos no pueden estarlo en una votación y así se anulan.

24 Juan 15, 12.

25 Papa Benedicto XVI, Encíclica de *Deus caritas est* (Dios es amor), Fue promulgada el 25 de enero de 2006

partes; pero en origen quiere decir adherido u asociado a la causa, empresa u opinión de otro. La adhesión con el otro es la idea central, en derecho, es la obligación contraída por entero con otro²⁶ Lo único repartido es lo solidario.

Drogas y nutrición

El uso de drogas no es reductible ni explicable por sus propiedades farmacológicas, aunque sus propiedades psicotrópicas de esa base material dependen, pero en última instancia la función de utilidad de la droga está dada específicamente por la capacidad que esta tenga de controlar, de gestionar, de hacer soportable, los estados mentales insatisfactorios sea un pequeño dolor de cabeza, una frustración amorosa o laboral o el temor a “perder la razón”, de la misma manera que para satisfacer el hambre y la sed no se necesita ser un nutricionista experto, que cualquier nutriente puede ser bueno, pero que es preferible y más satisfactorio una “buena cocina” que realce las propiedades organolépticas de los alimentos hasta ajustarlos a nuestros gustos, los cuales son un hecho cultural. La reiterada afirmación de que la humanidad consume drogas desde sus albores nos indica y remarca el uso cultural que de ellas hacemos, es decir, las empleamos para resolver asuntos y problemas, si bien lo hacemos, y podremos tener problemas si mal lo hacemos. En la actualidad la mayor parte de las intoxicaciones son alimentarias. Como ya se dijo entre las principales causa de la mortalidad está la obesidad debido a la mala nutrición.

26 Sólidum, in: loc. adv. der. Por entero, por el todo. Diccionario Enciclopédico Vox 1. © 2009 Larousse Editorial, S.L.

6. Educación para la gestión de riesgos

Desde la incertidumbre al riesgo

El riesgo es una mala palabra, más bien un mal concepto para muchos²⁷, su extremo pernicioso es la doctrina penal que establece los *delitos de peligro* que no juzga los resultados de las conductas inaceptables sino la eventualidad de su acontecer poniendo en peligro a otros. Pero si nos atenemos a su significado originario de la probabilidad de que un hecho acontezca, que eventualmente puede ser indeseado o adverso o no lo sea permanece indeterminado. Hay una distinción fundamental entre el *control del riesgo* y la *gestión del riesgo*, mientras el control quiere suprimir cualquier conducta asociada a la eventualidad de un hecho indeseado, incluso aplicándole el control penal, aquí se trata de suprimir el riesgo lo cual aumenta la extensión de los sistemas de control, lo que es legitimado mediante el discurso de la inminencia supuesta del resultado adverso, del daño, la catástrofe personal o colectiva; v.g. usar marihuana conduce al consumo de drogas más duras, para las niñas ir a fiestas o de carrete es un riesgo de violación sexual, etc. En cambio, la gestión del riesgo refiere a administrarla, a gobernar el riesgo.

La sociedad del riesgo²⁸ lo que ha instalado es la incertidumbre entre la población, esta aparente paradoja tienen una clara finalidad de poder, no simplemente restringida a la legitimidad que el estado y el gobierno pretenden alcanzar ofreciendo seguridades varias ante los riesgos, para conseguir más legitimidad se hace necesario convertir el riesgo en incertidumbre, el cálculo del riesgo para valorar la prima

27 Mauricio Sepúlveda Galeas, Oriol Romani. Conceptualización y políticas de la gestión de riesgos, en De Riesgos y Placeres. Editorial Milenio. Lleida. 2013, p.89.

28 Beck, Ulrich. La sociedad del riesgo global. Siglo XXI de España Editores.2006.

de un seguro es llevado hacia la incertidumbre para cobrar más por su aseguramiento hasta hacerlo imposible. Pero, sobre todo se trata de negarle a las comunidades y a los sujetos cualquier posibilidad de llegar a tener una capacidad de gestión de riesgo, de (auto) gobierno del riesgo, al llenar el riesgo de incertidumbres se convierten un asuntos de expertos en su interpretación y comprensión, en su gestión y control, en manos del estado o del sector privado por delegación de aquel. El catastrofismo no es solamente un género cinematográfico –como los muertos vivientes y los vampiros vecinales o colegiales-, es una posibilidad en la vida cotidiana, es una ideología de temor y control, como en la guerra fría lo fue la “destrucción mutua asegurada”, doctrina que hacía imposible la guerra pero aseguraba el imperio del miedo.

El riesgo es siempre previsible y calculable, la incertidumbre no lo es por definición, ir del riesgo incierto a la gestión del riesgo es el camino que nos proponemos en el proceso de regularización de la provisión y el uso de drogas.

Por lo mismo la asunción del riesgo, incluso el gusto por el riesgo, es un proceso de entrenamiento y capacitación en la socialización, el desarrollo psicológico y la cooperación con los otros. Es sobre todo una manera de reconocer los signos de riesgos, los de peligro e incertidumbre, de allí la búsqueda de la población en general por las noticias policiales o sobre seguridad ciudadana, sobre accidentes, hechos adversos en general y las catástrofes, ya que quiere reconocer los signos del peligro. La asunción de riesgo también es una manera de saber responder de manera pertinente, oportuna y eficiente frente a eventos o situaciones de riesgo.

La habilitación para la gestión del riesgo

La tarea educativa entre pares es la transferencia de habilidades y reconocimiento de competencias²⁹ para gestionar los diversos riesgos sanitarios, de salud mental, sociales, criminales u otros que están asociados a las actuales condiciones sanitarias y criminales que contextualizan el uso y la provisión de drogas.

En esto hay que ser claro, la habilitación en gestión de riesgos nada tiene que ver con la prevención de drogas, cuyo propósito es evitar o retrasar el ingreso a su uso, lo cual tienen su propio propósito, campo de acción, maneras de actuar y competencias, aquí de lo que se trata es de habilitar en gestionar sus propios riesgos tanto a las personas que usan drogas como a aquellas que por razones etáreas, culturales, laborales u otras pudiesen hacer usos de esas sustancias, así como reconocerle que tienen esas competencias.

Entonces la tarea educativa, de segundo piso por así decirlo, es habilitar a los pares de los usuarios de drogas en técnicas, habilidades y recursos, -v.g. en protección sexual: saber usar condones, disponibilidad de condones- para la gestión de riesgos por uso de drogas con el propósito de que estos puedan transferirlas a los usuarios no habilitados, preferentemente entre quienes tienen menores oportunidades de estarlo o adquirirlo como los jóvenes y las mujeres, las poblaciones en situación de calle, otras poblaciones excluidas como inmigrantes o pertenecientes a minorías culturales, en situaciones especiales como cárceles, vidas regimentales militares o religiosas, etc.

En una sociedad marcada por el riesgo, sometida a la institu-

²⁹ La manida expresión “empoderamiento” proviene del inglés *empowerment*, tiene el doble significado de otorgar habilidades y conferir competencias.

cionalidad que previene y controla los riesgos, que es ahora lo que le da mayor legitimidad al Estado y al Gobierno, cuando hoy la globalización ha hecho desaparecer los conflictos externos y la legitimidad de la defensa nacional, pero no el riesgo y la incertidumbre del conflicto interno, la delincuencia, el crimen organizado y el terrorismo; cuando la legitimidad del estado benefactor ha desaparecido en la privatización y mercantilización de los servicios sociales –educación, salud, previsión social, recreación y cultura, etc.- la prevención y control del riesgo es el último reducto de legitimidad que le queda al poder entronizado en el Estado y administrado desde el Gobierno. De allí las guerras contra las drogas, contra el crimen organizado, contra el terrorismo, contra el narcoterrorismo, etc.

Por eso la necesidad de la democratización de las habilidades y recursos para gestionar colectiva e individualmente los riesgos, en particular los riesgos por el uso de drogas, sobre todo si esos usos son comprendidos como formas de gestión, de auto gestión, de la salud mental, tanto más cuanto que esta es la rama más abandonada por la salud pública y ha sido convertida en un fácil y lucrativo negocio de la salud privada.

Trabajo y educación de calle

El trabajo de calle y la educación de calle son dos grandes prácticas que han producido saberes que pueden ser del mayor provecho para diseñar los procesos de apoyo de pares y capacitar sus agentes ofertantes.

El trabajo de calle se basa en procesos de construcción de vínculos, de vínculo entre dos actores o sujetos completamente distanciados en el reconocimiento del otro, la confianza mutua, por una par-

te los completamente excluidos ya que han sido puestos “en la calle” y por otra el representante directo o por delegación –subcontratos de ONG’s- del Estado, que nada hizo por impedir para que aquellos fueran puesto en la calle. La práctica de construir vínculos, conseguir reconocimientos mutuos y construir confianzas en esas distancias del trabajo y la educación de calle es un conjunto de saberes sobre habilidades y recursos a emplear en el soporte de pares para la buena gestión de riesgos y reducción de daños en el consumo y la provisión de drogas. El voluntariado, o la aceptación humilde del trabajo de calle apenas remunerado ha sido a no dudarlo, un componente esencial en la construcción de la “confianza en la calle”.

El gran aprendizaje en la calle es el aprendizaje sobre la gestión de carencias, la reciprocidad en la carencia es la expresión máxima de la caridad, el dar en el no haber y el recibir en la voluntad de dar a cambio, en reciprocidad, cuando haya –“cuando haiga” – de comprometerse en dar a otros como se ha recibido, es la expresión máxima de la reciprocidad, lo que se intercambian como equivalentes no son bienes y servicios son los gestos de desprendimiento que constituyen el intercambio recíproco, es el acto no la cosa, el comprometimiento a futuro y con otros terceros constituyen el todo de lo común; y allí, mal que nos pese, está el fundamento del crédito y el sistema financiero, es por eso que la apropiación privada por parte del capital financiero de la confianza mutua y en futuro es la peor de las formas de dominación.

El trabajo en la calle es la experiencia de dos sujetos, de dos actores, de dos sujetos colectivos que se expresan en dos sujetos personales, donde no hay por definición relaciones anteriores, son dos voluntades absolutamente libres, más aún la del prestatario de

alguna acción futura o previsible, ya que el prestador en tanto agente de una acción pública o por delegación tienen por responsabilidad “encontrar y pactar” a y con el eventual prestatario de un servicio de pares.

Si bien el apoyo de pares en los sistemas institucionales, como el sistema penal, el sistema sanitario o el sistema educativo, cuentan con la ventaja aparente de contar con prestatarios cautivos, que verán esas prestaciones “libres” en su oferta como una oportunidad más de negociar con el sistema al cual están forzados a pertenecer, pero el propósito del prestatario será completamente distinto al del prestador, este quiere reclutar a un usuario para su servicio, aquel quiere ganar un espacio dentro del sistema institucional al cual está obligado a pertenecer, quiere mostrarse como: “un buen muchacho”. O si se quiere, de alguna manera complementario a lo anterior, ambas partes llegan a un acuerdo de contemporalización donde el prestatario hace como estar atendiendo a un prestador y este hace como estar recibiendo una atención del prestatario; como bien dice Pablo Eguenau en cuanto a los tratamientos de drogas forzosos o condicionados: “el tratante trata y el paciente miente”. Las experiencias y saberes del trabajo de calle son elementos claves para la construcción de dispositivos adecuados, es decir auto y co gestionados mediante el apoyo de pares.

El desestimiento de las malas prácticas

El mayor aprendizaje y el más importante dispositivo a desarrollar es aquel que sirva al *desestimiento* de las malas prácticas en la gestión del riesgo y la reducción del daño. El desestimiento de las malas prácticas en el uso de drogas, de las drogas mismas si se quiere, el

desestimiento del uso de la violencia para ordenar la familia –infanticidio y feminicidio-, del robo para satisfacer las necesidades y deseos, etc. siempre dependerá de la oferta y disponibilidad real de lograr las mismas satisfacciones y gratificaciones a las necesidades y deseos sin tener que irrespetar los derechos de terceros, ni la integridad de los cercanos, ni la protección de propio cuerpo y mente.

El desestimiento de las malas prácticas sólo es posible si, y sólo si, se ofertan *satisfactores*³⁰ y buenas prácticas que también y con equivalentes resultados satisfagan necesidades y gratifiquen deseos minimizando riesgos, reduciendo daños y mitigando impactos adversos en comparación con esas malas prácticas. Pero lo claro aquí, es que *no se puede escoger lo que no está disponible*. Lo que se debe reemplazar son las malas prácticas no sus resultados, v.g. el robo por las oportunidades de trabajo o ingresos aceptables, comida chatarra por alimentación saludable, alcoholes de mala calidad por vinos “sanos” y de calidad, pasta base por clorhidrato de cocaína, etc.

Los territorios de intervención

Llamamos territorios de intervención a aquellos espacios a partir de los cuales se construyen y desenvuelven relaciones específicas entre diversos actores que así constituyen su ocupación, a diferencia de las áreas de intervención que se definen desde las instituciones que intervienen tales territorios con actividades que despliegan su intervención de control social, tales como: educación, salud, municipalidad, policía, etc. Los territorios donde acontecen los usos y las provisiones de drogas son las escuelas o colegios, las universidades o institutos técnicos; también son territorios de prácticas sanitarias, los

³⁰ Los satisfactores son las propiedades específicas de un bien y servicio para satisfacer una necesidad o gratificar un deseo.

puestos de salud o centros de atención, también la calle o los hogares privados, o los mismos colegios, etc.; pero la calle y los otros espacios públicos como plazas y parques, sitios eriazos, etc., son territorios de prácticas de usos de drogas, provisión de ellas y otras conductas asociadas: pequeña delincuencia, venta de bienes sustraídos, prostitución, tráfico de armas, pandillismo, etc.

Toda instancia educativa constituye un territorio donde además del currículum oficial el educando recorre un *currículum oculto*, por medio del cual aprende a hacer uso de la violencia para defender sus derechos o imponer sus intereses, a cortejar y ejercer su sexualidad, a conocer la “otra sexualidad”, a sumirse y comprometerse políticamente, a asumir el carrete, beber y experimentar con las drogas. También, los clubes deportivos, las asociaciones juveniles, etc., las otras organizaciones territoriales y funcionales, que tienen propósitos sociales específicos, pero también esas relaciones hacen posible otras actividades no evidentes, con propósitos distintos, no necesariamente desaprobables o ilícitos.

Los territorios educativos demandan específicas acciones de gestión de riesgo, roles y habilitaciones adecuados para los pares que sean pertinentes a las situaciones de jóvenes institucionalizados en el sistema educativo, cuyo sistema jerárquico y de control – control de clases, control de patios, control de entradas y salidas, etc., instala una profunda desconfianza por parte de los jóvenes destinatarios de las acciones de pares ante su intervención institucional.

Los territorios sanitarios son lugares de posibles intervenciones para la instalación de modalidades de gestión de riesgos mediante la asesoría de pares a partir de las demandas sanitarias que suelen

hacer los usuarios de drogas, sus familias o allegados, ya sea entre quienes tienen consumos conflictivos o quienes tienen temores por sus usos personales o de sus relacionados. La prevención (primaria) de drogas bien se puede convertir en una consejería de gestión de riesgo, mientras que la atención en drogas (prevención secundaria) es un buen espacio para hacer reducción de daños, así como los espacios de emergencia sanitaria en drogas (prevención terciaria) son instancias oportunas para hacer mitigación de daños.

Los territorios callejeros: los espacios de fiestas y la situación de calle

La calle es el territorio urbano por excelencia ya que por su propia función por ella todo transcurre y todo acontece, es el teatro urbano. Por las calles se busca la droga, en las calles se transan las drogas, por ellas se llegan a los lugares de ventas o a los de consumo, en sus recovecos se vende y se consume, allí operan los distribuidores y las fuerza del orden encargadas de reprimir el uso y la provisión de drogas. La calle es sobre todo el territorio de los que no tienen casa, ni lugar de reposo, ni lugar de comercio, ni lugar de refugio o protección. La paradoja de la apertura de la calle es que para muchos, en particular para los usuarios de drogas en situación de calle, la visibilidad en la calle, el estar a la vista de los otros es la protección más a mano y más segura, al hacer de su situación un hecho público frente a las acciones de cobranza o retaliación de los vendedores, de los acreedores, de las familias y, claro está, de la represión del sistema público.

Las policías y otros sistemas de vigilancia (municipal y privadas) son unos actores fundamentales de la calle, si bien por su formación, competencias y roles pueden ser obstaculizadores de las in-

tervenciones sanitarias y sociales desde la perspectiva de la gestión del riesgo y la reducción de daños, sin embargo, si sus autoridades y agentes en las calles son persuadidos de las posibilidades y ventajas de esa manera de intervenir, sobretodo mostrando que no se pretende ni competir ni contravenir sus funciones específicas de prevención –disuasión- y control del delito, pueden hacer de ellos excelentes aliados.

Para terminar, el propósito del apoyo entre pares para gestionar el riesgo y reducir el daño por la provisión y el consumo de drogas es un largo proceso de conocimiento e intervención en esas prácticas para hacerlas mejores, más satisfactorias y seguras para que sus principales actores, los usuarios de drogas, sobre todo las y los jóvenes, y así ellos mismos gobernar los riesgos que le son propios, los sanitarios, y los que le han sido adicionados, los criminales, como lo dice Sepúlveda Galeas al terminar su tesis doctoral :

“Dicho de otro modo, el consumo de drogas y sus riesgos asociados, desde el punto de vista de los jóvenes, refiere principalmente a la gestión de sí en el marco del continuo control/descontrol de sus prácticas. En este, podríamos sostener que la gestión del riesgo debe ser entendida como un proceso de conocimiento dialéctico y constructivo de la realidad social, mediante la cual los usuarios y no usuarios delinearán el gobierno de sí y de los otros. Dicho de otro modo, sostenemos que la percepción de riesgos, expresa de forma significativa, la relación indisoluble e intrínseca entre *realidad, conocimiento y poder*”³¹.

31 Sepúlveda Galeas, *ibid.*, p. 456. Subrayado nuestro

Al terminar, yo me limito a marcar que el proceso de construcción de la gestión del riesgo será aquel donde usuarios y no usuarios delinearán el gobierno de sí y *con* los otros.

Referencias

Baudrillard, Jean. El Espejo de la Producción. Gedisa. Barcelona.1980.

Beck, Ulrich. La sociedad del riesgo global. Siglo XXI de España Editores.2006.

Epele, María. Sujetar por la Herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Paidós, BBAA. 2010.

Foucault, Michel. Seguridad, territorio, población. F.C.E. Buenos Aires, 2006.

Gainza, Alvaro y otros. Futuro y Angustia. La juventud popular y la pasta base de cocaína en Chile. Ediciones Sur. Santiago de Chile. 1997.

Guglielmi, Nilda. Marginalidad en la Edad Media, Editorial Biblos. Buenos Aires, 1998.

Lipovetsky, Guilles: Posmodernidad y Revolución Individualista. Entrevista de Gustavo Cataldo, Artes y Letras, El Mercurio, 16 agosto 1998, pág. E8.

Mellado, Marcelo. Merca. The Clinic. N° 502, 11 julio 2013. Santiago.

Michelet, Jules. La Bruja. Un estudio de las supersticiones en la Edad Media. Akal. Madrid. 1987.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España, edades, 2011—2012. Madrid, 22 de enero de 2013.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2005-2009. Madrid. 2010.

Musto, David. La Enfermedad Americana. Tercer Mundo, Universidad de los Andes. Bogotá. 1993.

Naciones Unidas, OMS y ONU SIDA. Guía para la Evaluación Rápida y Desarrollo de Respuestas en el Uso de Sustancias y Conducta Sexual (sex-err).

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas. 2012, Viena.

OEDT: Informe OEDT, 2012

Olievenstein, Claude. La Vida del Toxicómano. Editorial Fundamentos. Madrid. 1986.

Papa Benedicto XVI, Encíclica de Deus caritas est, 25 de enero de 2006.

Parés Franquero, Oscar. La Génesis de la Reducción de Riesgos, en Martínez Oró, D.P. y Pallarés. Gómez, J.: De Riesgos y Placeres. Editorial Milenio. Lleida. 2013, p.81.

Pérez-Franco, Juan M. Nicotina y cocaína: la dispar historia de dos hermanas siamesas. Consecuencias de un cambio de enfoque. Rev. GPU 2011; 7; 1: 69-76. P.71.

Polanyi, Karl. Comercio y Mercado en los Imperios Antiguos. Labor. Barcelona.1976.

Polanyi, Karl. El Sustento del Hombre. Biblioteca Mondadori. Madrid. 1994.

Rosas Vidal, Cristian: Morenos, Vampiros y Pichones. El orden callejero del consumo de Pasta Bases de Cocaína. Un estudio etno-sociológico de una población en Conchalí. n Asumiendo el Conflicto. Perspectivas acerca del fenómeno social de las drogas en Chile. Ediciones Serpaj. Chile. Santiago de Chile. 2001.

Sepúlveda Galeas, Mauricio Alejandro: El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: exotización, vicio y enfermedad. Tesis doctoral. Dirigida por Dr. Oriol Romaní Alfonso. Dept. d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. 2011

Sepúlveda Galeas, Mauricio y Romaní, Oriol. Conceptualización y políticas de la gestión de riesgos, en De Riesgos y Placeres. Editorial Milenio. Lleida. 2013, p.89.

United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2013. Viena.

White, Lynn, Jr. The Historical Roots of Our Ecologic Crisis. Science. 10 March 1967, Vol 155 N° 3767.

2. DESARROLLO Y PROVISIÓN DE INTERVENCIONES/SERVICIOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS BASADOS EN PARES₁

Andrea Latorre

Grup Igia

Introducción

Alcohólicos Anónimos, desde sus inicios en Nueva York en 1935, las Comunidades Terapéuticas, las asociaciones de los 12 pasos, o los Clubs de Alcohólicos en Tratamiento en Croacia en 1960, ponen nombre a la emergencia de la participación formal de los usuarios de drogas en redes sociales de soporte, cuidado y tratamiento a personas dependientes. En todos los casos, se trata de voces que buscan legitimarse fuera del Sistema de Salud Oficial/Público, desarrollando habilidades, conocimientos y experiencias que promueven su agenciamiento, y favorecen el diálogo social y con las instituciones sanitarias.

Su presencia ha puesto de relieve la dimensión humana y social relacionada con el consumo/abuso de drogas. Desde distintas modalidades, la aceptación, tolerancia y ausencia de juicio, son parte de sus fundamentos; el soporte y sus beneficios es mutuo, borrándose la frontera con un “otro” estigmatizado, deshumanizado, criminalizado; la participación de la familia u otros miembros de la comunidad es importante en muchos casos; y se intenta además, superar barreras de accesibilidad para dar un mayor alcance a sus intervenciones. Y sobre todo, su presencia ha puesto de relieve que se trata de personas capaces de llevar adelante acciones en pro de una mejora de la

1 Agradezco la colaboración del Dr. Joan Trujols y el Dr. Mauricio Sepúlveda, sin la que este artículo no podría haber sido elaborado.

propia calidad de vida, de los demás usuarios y de la comunidad toda; se trata de agentes sociales de cambio.

Este es el inicio de un largo recorrido, variado según los contextos, donde la reformulación de la identidad de los usuarios de drogas ha supuesto un cuestionamiento al discurso social e institucional hegemónico, acompañado hasta el presente de resistencias. Así, por ejemplo, el paradigma médico clásico se ha visto criticado por el lugar que asigna al paciente (dependiente, pasivo, recipiente), promoviendo otro paradigma basado en el respeto y la aceptación hacia éstos como personas autónomas, estableciendo relaciones transversales entre profesionales y pacientes y superando así la creencia del “nosotros-ellos”. Esto supone responder a preguntas y puntos de vista “externos” sobre el sistema de salud tradicional, y no sólo a jerarquías internas, así como emprendimientos conjuntos basados en el respeto mutuo. (Allamani, 2012).

Por otro lado, las organizaciones de usuarios, desde sus inicios han debido afrontar obstáculos y desafíos relativos a la marginalización, estigmatización social, y consecuente vulnerabilidad que acompaña a esta población (enfermedad, muerte, reclusión, etc.). Además, el carácter ilegal de las drogas se extiende a la criminalización de los usuarios y por ende al escepticismo, la suspicacia o deslegitimación de las asociaciones. Sin embargo estas organizaciones existen desde hace muchos años, y están presentes en 40 países (ENCOD, 2009), la mayoría europeos. Muchas han ampliado sus objetivos y no sólo promueven cuidados e información en salud, podría decirse que tienen un propósito político (participar en el debate y decisiones políticas sobre drogas, representar intereses de los usuarios, difundir información sobre usos de drogas, etc.) y uno social (facilitar acceso a trata-

mientos y brindar soporte en cuidados y prevención, fortalecer redes sociales, crear identidad y reconocimiento, establecer un espacio de socialización y encuentro, sin estigmatización y control (Anker, 2007; Tops, 2006; en Frank, Anker & Tammi, 2012). Asimismo, un importante número de organizaciones de usuarios están relacionadas con redes internacionales u ONG's comprometidas en procesos políticos que buscan alternativas a la línea prohibicionista de Estados Unidos y la ONU. Entre ellas destacamos: la IHRA (International Harm Reduction Association), ENCOD (European Coalition for Just and Effective Drug Policies), Correlation Network, NAMA (National Alliance for Medication Assisted Recovery), e INPUD (International Network of People Who Use Drugs).

Los programas de Reducción de Daños (RD) que desarrollan estas asociaciones, generalmente con apoyo de las redes locales o internacionales, instituciones públicas o privadas, articulan aspectos de los dos grandes propósitos mencionados; y cuando se trata de intervenciones que utilizan un modelo basado en Pares, las ventajas son múltiples. Desde una perspectiva social ecológica, se entiende que los comportamientos individuales y las interacciones sociales están profundamente vinculadas a las estructuras y dinámicas contextuales, de modo que se asume la efectividad del modelo de Pares por su capacidad para acceder a través de las redes sociales y comunitarias a poblaciones de alto riesgo, la más crítica para la utilidad de los mensajes y materiales de prevención. El trabajo de Pares es más efectivo además, por la percibida similitud entre quien lo da y quien lo recibe, generadora de empatía, confianza y credibilidad. Además, el mismo acto de compromiso social es teorizado como generador de cambios a largo plazo entre quienes dan y quienes reciben la intervención (Li et al., 2012). En contextos de pobreza, donde los sin techo, adictos a las

drogas, etc., raramente son considerados como generosos y útiles, las acciones altruistas que promueven estas intervenciones, suponen un cambio significativo en la autoestima, un retorno positivo y reconocimiento de la comunidad, que alimentan la motivación para continuar los esfuerzos (Dickson-Gómez, Weeks & Li, 2010). En definitiva, como se subraya en el estudio de Mackenzie et al. (2012) el trabajo de Pares engendra un sentido de identidad, agencia, y compromiso social en y a través de los tres dominios de influencia del entorno (a nivel micro/interpersonal, meso/comunitaria y macro/estructural).

En este capítulo se presentarán algunas intervenciones/servicios que desde la perspectiva de RD, trabajaron en base a un modelo de Pares en contextos diversos. La selección se ha hecho a partir del material obtenido en una revisión bibliográfica no sistemática, acotada a los últimos cinco años y a la base de datos electrónica PubMed. Se ha focalizado en cinco áreas: a) los programas de distribución e intercambio de jeringuillas; b) los programas de atención a las sobredosis; c) los programas de proximidad u outreach; d) las salas de venopunción; e) las intervenciones psicoeducativas, motivacionales o de aconsejamiento.

1.- Programas de distribución y/o intercambio de jeringuillas

En este apartado nos centraremos en las evaluaciones realizadas a Programas de Intercambio de Jeringas de Proximidad (PIJP) o *outreach*, conducidos por Pares, en contextos tan distintos como el de Vancouver, Canadá y el norte de Vietnam.

En el Downtown Eastside (en adelante DE), un barrio de Vancouver, tuvo lugar en los años 90' una epidemia de VIH que afectó particularmente a la población de usuarios de drogas inyectables (UDIs),

a pesar de contar por entonces con un amplio Programa de Intercambio de Jeringas (PIJ). En este marco, la Red de Usuarios de Drogas del Área de Vancouver (VANDU) pone en marcha en el año 2000 un PIJP, denominado Alley Patrol, que tenía como fin suplir huecos de los servicios de salud pública, brindando educación y prevención en VIH y Reducción de Daños (RD) a usuarios de drogas en espacios públicos, facilitando material estéril de inyección, condones, haciendo recogida de jeringas, etc. Para ello entrenaron a veinte voluntarios, que trabajaban en parejas de día o de noche, a cambio de una pequeña retribución económica. Uno de los principales desafíos que encontraron fue localizar UDIs que se desplazaban durante las campañas policiales.

Según Hayashi, Wood, Wiebe, Qi & Kerr (2010), si bien la efectividad de este tipo de programas está demostrada en distintos estudios, su impacto y alcance pocas veces son evaluados. Por esta razón, y aprovechando la existencia del Estudio de Usuarios de Drogas Inyectables de Vancouver (VIDUS), un estudio prospectivo de cohorte, se propusieron conocer la prevalencia y correlatos de uso del PIJP Alley Patrol, atendiendo particularmente a la vulnerabilidad de los usuarios y el impacto potencial.

A partir de la información arrojada por el VIDUS entre 2000 y 2003, concluyeron que al igual que otros programas de proximidad, el Alley Patrol habría llegado exitosamente a la subpoblación local con alto riesgo de infección por VIH. En efecto, de los 854 IDUs participantes, 233, es decir un 27,3%, lo habría utilizado, encontrándose una fuerte asociación con la inestabilidad en la vivienda, la inyección frecuente de cocaína y heroína, y la inyección en espacios públicos. Asimismo, encontraron una asociación negativa con la reutilización de agujas, lo que puede considerarse otro éxito del Alley Patrol, si se

tiene en cuenta la tendencia a la reutilización entre la población caracterizada anteriormente (Corneil et al., 2006; Strathdee et al., 1997; Wood et al., 2002, 2001; en Hayashi et al., 2010).

En el caso de Vietnam, el Gobierno considera prioritaria la prevención del VIH entre la población UDI, debido a que su prevalencia promedia el 25% a nivel nacional. Sin embargo, las intervenciones para la RD se han ido implementando muy lentamente, de modo que si en los 90' el intercambio de jeringas era el principal factor de riesgo de VIH, recién en 2004 se incorpora la RD en la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del VIH, y en 2006 la Ley Nacional sobre VIH/SIDA solicita la implementación de intervenciones de RD. Aún hoy, las políticas de drogas en materia de prevención se entienden en el marco del control, realizándose campañas policiales periódicas, caracterizadas por arrestos y confinamientos de UDIs en centros de tratamiento forzoso por largos períodos (2 y 5 años).

En ese contexto, desde hace una década se han puesto en marcha programas piloto, restringidos a pequeñas localidades, en los que se ha dado poca importancia a la evaluación de su efectividad y adecuación. Ante esto, Ngo, Schmich, Higgs & Fischer (2009) propusieron una evaluación cualitativa sobre la efectividad de la intervención llevada a cabo en tres provincias del norte de Vietnam, focalizándose en las barreras de acceso, y con el propósito de poder elaborar sugerencias para replicar este tipo de programas en otras localidades.

El PIJP que evaluaron estaba situado en comunidades caracterizadas por niveles altos de consumo de drogas, concentración de nuevos casos de VIH y el mayor número de UDIs con VIH en sus respectivas provincias. Dicho programa utilizaba el modelo de Educación

de Proximidad a través de Pares, y se organizaba mediante clubes de educación de Pares localizados junto a servicios de salud. Antes y durante el período de implementación, el proyecto organizó una intensa actividad de *advocacy*, incluyendo entrenamiento en los principios y prácticas de la RD, una campaña pública de educación, que incluía reuniones con la comunidad y radiodifusión en medios locales, y recogida de jeringas para promover espacios limpios y seguros y buscar el apoyo comunitario.

La evaluación de los efectos del programa, realizada entre 2005 y 2006, reveló el éxito de las actividades de *advocacy* que permitieron superar las resistencias iniciales de la comunidad. Los líderes comunitarios valoraron positivamente las actividades de RD, expresando su apoyo a las intervenciones. Los residentes locales comprendieron la finalidad del programa de minimizar el riesgo de transmisión de VIH entre UDIs y otros grupos (parejas y futuros hijos); y la recogida de jeringas ayudó a que cambiaran las percepciones negativas sobre este tipo de programas. Además, mostraron empatía hacia los UDIs y quienes viven con VIH, al reconsiderarlos como pacientes que necesitan cuidado y soporte comunitario y no un “mal social”, lo que repercutió en un cambio de actitud que los UDIs reconocieron. Éstos, a su vez, se mostraron más abiertos en cuanto a su estatus de usuarios de drogas, más propensos a consumir en casa, a aproximarse a los Educadores Pares (EP) y acceder al material estéril. Es de destacar el cambio reportado en las prácticas de inyección, al utilizar jeringas estériles (o esterilizarlas si no era posible el acceso), desecharlas en lugares específicos para la recolección y realizar prácticas de intercambio de jeringas.

En cuanto a las barreras encontradas, destacan las campañas policiales y los arrestos (en ocasiones la policía seguía a los EP para localizar y arrestar a los UDIs), que invisibilizaban y dificultaban aún

más el acceso a esta población. Otro aspecto importante es que la estigmatización y discriminación social sobre los UDIs, derivó en objeciones al programa tales como que fomentaría el consumo. En cuanto a las barreras internas, destacan bajos niveles de alfabetización que dificultaron la formación, bajas por arresto, enfermedad o muerte de EP, y la no distribución de agua estéril por temor a que los EP aprovecharan la solución para llevar heroína y venderla.

Entre los principales puntos a tener en cuenta para la ampliación del PIJ en el contexto de Vietnam, los autores subrayan el trabajo de *advocacy*, las campañas de educación comunitaria contra el estigma y la discriminación, las actividades de recogida de jeringas por sus efectos visibles e inmediatos en la comunidad, las tareas de proximidad de EP y su entrenamiento en habilidades comunicativas, así como la disponibilidad de material estéril y solución inyectable en múltiples puntos.

2.- Programas de prevención y atención a las sobredosis

La muerte por sobredosis de heroína u otros opiáceos es causa significativa de muerte entre UDIs. En Inglaterra, como en otras partes del mundo, 2-3% de los usuarios de heroína mueren cada año (6197 entre 1997 y 2002), entre seis y veinte veces más de lo que se espera para no usuarios de drogas de la misma edad y género (Office of National Statistics, 2002-2004; Darke, Ross & Hall, 1996; en López Gastón et al, 2009).

Al menos un 50% de los usuarios de opioides han experimentado una sobredosis sin resultado de muerte en algún momento de sus vidas (Latkin, Hua & Tobin, 2003; Milloy et al., 2008; en López Gastón et al, 2009), y no son raras secuelas como neuropatías o com-

plicaciones pulmonares (Warner-Smith, Darke & Day, 2002). Un alto porcentaje de sobredosis ocurre delante de otras personas, pero a menudo no se pide ayuda a los servicios de emergencia, o se pide tarde, sobre todo por temor a la intervención policial (Strang et al., 2007; Worthington, 2006; en López Gastón et al, 2009). Dado que la sobredosis es un proceso, no un evento, se entiende que la presencia de otras personas puede ser una oportunidad para intervenir durante la sobredosis y mientras llegan los servicios de emergencia (Tracy, 2005; en López Gastón et al, 2009). Desde 1996, las estrategias de RD en esta área han propuesto el uso del antagonista opioide naloxona, y los primeros programas en implementarlo se situaron en Europa, luego en Australia y Estados Unidos en 1999.

En ese marco, se presenta a continuación la experiencia de programas de prevención y gestión de sobredosis en contextos diversos, con distintos grados de desarrollo en la implementación de estrategias de RD. Así por ejemplo en China, se evalúa uno de los escasos servicios de atención y prevención conducido por Pares que utiliza naloxona; en Inglaterra y Australia, donde estas intervenciones llevan varios años poniéndose en práctica, se evalúan respectivamente la capacitación y respuesta de los Pares que trabajan en estos servicios y la importancia de la disponibilidad y uso de naloxona.

Según datos del Grupo de Referencia para la ONU sobre VIH y Uso de Drogas Inyectables, en 2007 China tenía 2,35 millones de UDIs, lo que representaba el 14% del total a nivel mundial. En este país se han comenzado a implementar algunos servicios de RD desde 2004, aunque han sido limitados aquellos que apuntan a la documentación y reducción de sobredosis por opiáceos. En 2011, la naloxona era distribuida por cerca de veinte proyectos de RD en cuatro provincias,

existiendo gran interés y necesidad de este tipo de intervenciones en usuarios de heroína.

Huyangshu, es una ONG situada en la ciudad de Gejiu, cerca de la frontera con Vietnam, de las primeras que han incorporado el uso de naloxona en sus programas de RD. En los años 90' la disponibilidad de heroína proveniente del sudeste asiático aumentó en Gejiu, y con ello el consumo de sus habitantes. Se trata de una ciudad con 440.000 habitantes, donde el ingreso anual per cápita es de 1500 dólares, y según datos del Instituto de Yunnan sobre el Abuso de Drogas, se estimaban en 2003 unos 10.686 UDIs, entre los que la prevalencia del VIH es cercana al 60% (Xin, 2011; en Barlett, Xin, Zhang & Huang, 2011). Además, la tuberculosis, VHC, abscesos, enfermedades del corazón y otras infecciones son comunes en este grupo. Por otro lado, no se cuenta con datos oficiales sobre el número de muertes por sobredosis.

En este contexto, el programa de Huyangshu se propuso dar respuesta a situaciones de sobredosis a través de una línea directa, operativa las 24 horas, con la que sus miembros tomaban contacto para luego salir a dar asistencia. Se trataba de un equipo de seis Pares que en todo momento iban con un kit de naloxona para emergencias, la que al menos en esta primera parte del proyecto, sólo ellos administraban; contaban además con supervisión médica. Es de señalar que la buena coordinación de sus miembros, la disponibilidad de vehículos (motos), y la disposición compacta de la ciudad, ayudó a dar respuesta en pocos minutos (máximo 10) en el lugar de la sobredosis. Además de la línea directa, Huyangshu brindaba información y realizaba entrenamientos para la prevención de sobredosis, identificación y respuesta.

Con el fin de conocer los factores de riesgo relacionados con las sobredosis a nivel local, las barreras para dar respuesta a las mismas, y poder así hacer sugerencias para reducir la mortalidad en Gexiu, Bartlett, Xin, Zhang & Huang (2010) realizaron un estudio cualitativo, en el que los miembros de Huyangshu entrevistaron (después de ser entrenados para ello) a 15 personas que fueron asistidas por sobredosis y 15 que llamaron a la línea directa para asistir a otra.

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con las sobredosis, los resultados mostraron que la combinación de factores estructurales, como el aumento de la presión policial y la inflación de precios, junto a la disminución de la pureza de la heroína, habrían redefinido los consumos de drogas y las causas de sobredosis. Así por ejemplo, tras el encarcelamiento, desintoxicación obligatoria, abstinencia, etc., es difícil valorar la propia tolerancia, a lo que se suman otros factores como el envejecimiento, las enfermedades o la variabilidad en los estados anímicos. Además, la heroína se mezcla con otras drogas para reducir costos y aumentar el efecto, descuidando la concentración o las dosis. Algunas de las prácticas locales comunes son el “tres en uno” (mezcla de diazepam, prometazina y heroína), la “recarga en pleno vuelo” (dejar la aguja en la vena mientras se recarga la jeringa), o el “corazón codicioso” (descuido en las cantidades inyectadas e incapacidad para controlarse mientras se administra la droga).

En cuanto a las barreras para dar respuesta a las sobredosis, el no llamar una ambulancia se relacionó con la preocupación por la privacidad, las implicancias de que otro sufra una sobredosis en la propia casa, el temor a la participación policial, el rechazo percibido por el personal médico y los costos que pueda suponer. Por otro lado, se

disponía de escasa información sobre la naloxona, la que se valoraba muy positivamente una vez que se conocía por la propia experiencia.

Por último, tanto los usuarios como los investigadores, consideraron la importancia de ampliar el recurso y hacerlo llegar a quienes no pueden o no desean atención médico-profesional, utilizando como estrategia la capacitación de Pares para la prevención y respuesta a la sobredosis, así como la disponibilidad de naloxona. Se exploraron también otras estrategias como nuevas asociaciones con hospitales locales.

En el contexto internacional, los programas de capacitación y distribución de naloxona para usuarios de drogas han provocado controversias en el ámbito médico y político. Algunas preocupaciones tienen que ver con el uso inadecuado, con que la sensación de seguridad aumente el consumo de heroína y disminuya la búsqueda de tratamientos o recursos de emergencia. Sin embargo, el estudio de Strang et al. (2008), el más extenso y controlado publicado hasta la fecha, muestra que los usuarios podrían efectivamente ser capacitados para reconocer y dar respuesta a una sobredosis, incluyendo la administración de naloxona, sin consecuencias negativas (Strang, 1996; Dettmer, 2001; Green, Heimer & Grau, 2008; Piper et al., 2007; en López Gastón et al., 2009). Además, se aportan evidencias que refutan las preocupaciones antes señaladas, agregando que la capacitación promueve una mayor conciencia y cuidados sobre la salud propia y de los otros, y que hay cuestiones que tienen más que ver con la necesidad de un marco de garantías que con la formación (como el establecimiento de protocolos para la asistencia de emergencia). Por último, se señala que un 28% de los capacitados entrenan a su vez a un familiar, pareja o amigo, lo que pone de relieve la necesidad de un

soporte legal ante la posible administración de naloxona, la inclusión de orientación para entrenar a otros en la propia capacitación y la oportunidad de alcanzar a la población de mayor riesgo a través del trabajo con Pares (Strang et al., 2008; Seal et al., 2005; en Lenton, 2008).

Por su parte, el trabajo de López Gastón, Best, Manning & Day (2009) confirma varios de los aspectos señalados anteriormente. En él se evalúa la capacitación realizada a nivel nacional con pacientes dependientes a opiáceos (ver detalle en Strang y otros, 2008), focalizándose en uno de los centros de tratamiento participantes en Londres y Birmingham. Tiene por objetivo conocer su efectividad, la duración de los conocimientos adquiridos, y la retención y disponibilidad de naloxona en contextos de sobredosis. Se trata de un trabajo de seguimiento, en el que se aplican idénticos cuestionarios desde antes de comenzar la capacitación hasta 6 meses después (n=70).

Sus resultados destacan el impacto significativo de la capacitación en el reconocimiento y gestión de sobredosis, y una mayor confianza que aumenta la probabilidad de intervenir en situaciones de alto riesgo. Se evidencia también la “segunda capacitación” dada por un tercio de los participantes a personas cercanas. Además, si bien pudo observarse una retención consistente de los conocimientos adquiridos, se notó un leve deterioro, por lo que serían aconsejables cursos posteriores para refrescar conocimientos.

Por otro lado, la mayoría de los participantes tenía la naloxona 6 meses después, lo que denota un compromiso con el proceso de capacitación y la potencial intervención. Sin embargo, la dejaban en su casa, por lo que no pudieron utilizarla al ser testigos de sobredo-

sis. Esto puede atribuirse al estigma de la asociación material inyectable/uso de drogas ilícitas, al temor a la policía, a la molestia de llevar algo voluminoso y difícil de manejar o al conflicto que podía significar llevar naloxona cuando se estaba en proceso de rehabilitación. Todo esto sugiere la necesidad de implementar cambios en el producto, como una presentación más discreta o en spray nasal, así como la de generar confianza en que la policía o los servicios de emergencia no actuarán en su contra por llevar o utilizar la naloxona. Esto último se tuvo en cuenta en el entrenamiento y se informó acerca de las leyes de prescripción: la reclasificación de la naloxona en el Reino Unido, permite su administración con el propósito de salvar una vida; de modo que, si bien los usuarios no pueden ser provistos directamente, la capacitación innovadora con Pares incrementa la posibilidad de la prescripción directa para el cuidado de otros en situaciones de emergencia. Por otro lado, debe entenderse como relativo el impacto de estos programas con usuarios en tratamientos orientados a la abstinencia.

Se concluye que el éxito de estos programas requiere un enfoque más sistémico, ya que el entrenamiento individual no resulta suficiente. Se necesitan cambios en las leyes de prescripción, aumento en la educación y comunicación entre la policía, los servicios de emergencia y los usuarios de opiáceos, así como la reducción del estigma que prevalece en estos ámbitos.

Por otro lado, el trabajo de Kerr, Dietze, Kelly & Jolley (2009) realizado en Melbourne, Australia, dejará clara la importancia que tiene la toma de medidas a nivel estructural. En efecto, debido a que estudios tempranos subrayaban la limitada respuesta de los UDIs frente a las sobredosis (Darke, Ross, Zador & Sunjic, 2000; Zador, Sunjic &

Darke, 1996; Darke, Ross & Hall, 1996; McGregor, Ali, Cristie, Darke, 2002, 1998; en Kerr et al., 2009), se pusieron en marcha nuevos programas de prevención, como aquellos de capacitación basados en Pares para responder a las sobredosis, o la limitación de la policía en la co-atención (Dietze, Fry, Rumbold & Gerostamoulos, 2001; Hargreaves, Lenton, Phillips & Swensen, 2002; en Kerr et al., 2009). En este marco, los autores investigaron el nivel de conocimiento de los UDIs en relación a las sobredosis, su reconocimiento y respuesta, a través de la aplicación de cuestionarios a 99 participantes reclutados en PIJs en 2007².

Los resultados indicaron una mejora en la respuesta a las sobredosis con un incremento en las tasas de notificación a ambulancias y de utilización de la técnica de respiración boca a boca, en comparación con estudios previos. La primera pasó de 10-56% a 76%, superando también el 30-50% reportado por estudios internacionales (Bennet & Higgins, 1999; Tracy et al., 2005; en Kerr et al., 2009), lo que podría atribuirse a la amplia difusión de la política de la policía local de minimizar tanto la co-atención, como la lucha contra las drogas cuando hay co-atención. La segunda pasó del 9-13% al 44%, aunque se mantiene en el rango internacional de 12-57% (Bennet & Higgins, 1999; Strang et al., 2000; Tracy et al., 2005; en Kerr et al., 2009). Este resultado parece reflejar los efectos del trabajo de capacitación de VIVADIS, el grupo de usuarios local, y otras organizaciones en Victoria.

Por otro lado, hasta el momento, la prevención de sobredosis en Australia ha descansado sobre el tratamiento de sustitución de opioides, y los servicios de proximidad y educación para UDIs. Auto-

² Se entiende como respuesta apropiada el reconocimiento de signos de sobredosis, alertar a los servicios médicos de emergencia, respiración artificial (boca a boca) y posición adecuada.

res como Lenton (2009), entienden que es hora de que la naloxona esté disponible para los UDIs y evitar muertes por sobredosis.

En este país, el consumo de heroína ha disminuido notoriamente desde fines de 2000, cuando mermó su disponibilidad; sin embargo, no dejaron de haber sobredosis por heroína o fármacos opioides (en 2005, moría al menos una persona al día) (Stafford et al., 2009; en Lenton et al., 2009). Actualmente, los datos aportados por los servicios de emergencia, evidencian un tránsito geográfico de pequeñas cantidades introducidas a través de correos o pasajeros aéreos. Lenton (2009) entiende que, aunque se desconozca si habrá un aumento de su consumo en los próximos años, es necesario actuar de forma más efectiva, argumentando que existe suficiente evidencia internacional que demuestra que la disponibilidad de naloxona para UDIs Pares, familiares y trabajadores de proximidad, con la apropiada capacitación (como parte de un enfoque más amplio de la gestión), pueden revertir exitosamente las sobredosis de heroína con pocos o ningún efecto adverso. (Piper et al., 2007; Doe-Simkins, Walley, Epstein & Moyer, 2009; Sherman et al., 2008; en Lenton et al., 2009). Se cuenta además con una gran disposición de los Pares para poner en práctica este tipo de iniciativas (9 de cada 10 en Melbourne piensa que es una buena o muy buena idea) (Kerr, Dietze, Delly & Jolleylos, 2008; en Lenton et al., 2009).

Actualmente, el gobierno podría implementar directamente estos programas, priorizando grupos de alto riesgo como los prisioneros recientemente liberados o quienes salen de tratamientos orientados a la abstinencia. Un cuidadoso monitoreo, protocolos de actuación y evaluaciones deberían ser condición para su puesta en marcha, además de modificaciones legales que amporen a quienes de

buena fe administran naloxona para salvar una vida, y faciliten la prescripción a terceras personas, o la eliminen como en Italia, donde no se han registrado consecuencias adversas (Kim, Irwin & Khoshnood, 2009; en Lenton et al., 2009).

3.- Programas de proximidad (*outreach*)

Los programas de proximidad basados en un modelo de Pares, son conocidos por su efectividad como estrategias de prevención de VIH y otras ETS entre usuarios de drogas, y como vínculo entre poblaciones marginalizadas y servicios de salud y tratamiento (Broadhead et al., 2002; Coyle al., 1998; Deering et al., 2009; Hughes, 1977; Needle et al., 2005; White, 2004; en Deering et al., 2011). A continuación, se hará una presentación de algunas experiencias de este tipo desarrolladas en Brasil, Canadá y Estados Unidos, con población usuaria cuyos contextos socio-económicos y culturales de vida le vuelven altamente vulnerable al riesgo de distintas enfermedades.

En Brasil, se ha registrado en los últimos años un pasaje del consumo de cocaína vía nasal/inyectable al de cocaína en forma de *crack*, especialmente en contextos de pobreza de las grandes metrópolis, entre hombres adolescentes y jóvenes, trabajadores sexuales y/o sin techo (Burattini et al., 2005; de Carvalho & Seibel, 2009; de Olivera et al., 2009; Dias et al., 2008; Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008; Hacker, Malta, Enriquez & Bastos, 2005; Malta et al., 2008; en Domanico & Malta, 2012).

La vulnerabilidad que experimenta esta población se expresa en una alta prevalencia de VIH/SIDA, otras ETSs y tuberculosis (De Beck et al., 2009; Malta et al., 2008; Story, Bothamley & Hayward, 2008; en Domanico & Malta, 2012), pobre salud física y mental, ais-

lamiento social, altos grados de pobreza y ausencia de vivienda (Fischer et al., 2006; Logan & Leukfeld, 2000; Ottaway & Erickson, 1997; Page-Shafer et al., 2002; en Domanico & Malta, 2012). Algunos de sus problemas de salud se relacionan con quemaduras y cortes faciales y orales que resultan del uso de equipo no seguro (como latas o vidrios rotos), de compartir equipos contaminados, con sangre, u otras prácticas de riesgo como el disparo (una persona sopla el humo en la boca de otra) (Haydon & Fischer, 2005; Perlman et al., 1997, 1999; Porter, Bonilla & Drucker, 1997; en Domanico & Malta, 2012).

A pesar de ello, es recién en 2002 que el Departamento de ETS/SIDA y VH de Brasil comienza a implementar cinco programas de RD, específicamente desarrollados por y para usuarios de cocaína en forma de *crack* (como Educadores Pares y conductores). Estos incluyen entre sus estrategias la distribución de equipo (pipas de madera, protectores labiales, un protector de silicona adaptable a diferentes tipos de pipas, condones y material informativo de prevención). Esta iniciativa, pionera en los países en desarrollo, reconoce a los usuarios activos como agentes de cambio y modelos de rol entre sus Pares, así como capaces de conducir con éxito estrategias de RD; además, se basa en estrategias exitosas de programas similares implementados en Reino Unido, Francia, Canadá y EEUU (Crack Users Project, 2010; Espoir Goutte d'Or, 2010; GLADA Crack Cocaine Strategy, 2010; Janssen, Gibson, Bowen, Spittal & Petersen, 2009; Weeks et al, 2006, 2009; en Domenico & Malta, 2012). Entre 2002 y 2005, Domenico & Malta (2012) se proponen evaluar dichos programas utilizando metodologías cualitativas. A continuación detallamos algunos resultados.

El trabajo realizado por usuarios y ex usuarios ha sido clave para el éxito y la aceptabilidad de las distintas intervenciones. Los pri-

meros participaban como EP y los segundos como soporte para mantener la abstinencia durante la intervención. Gracias a ellos se identificaron “puntos calientes” y horarios adecuados de intervención; facilitaron el acceso del resto del equipo (psicólogos y trabajadores sociales) a zonas difíciles de llegar; colaboraron en la evaluación de la intervención y en la adecuación cultural de las estrategias y el material de Información, Educación y Comunicación (IEC), las pipas, etc. Coordinaron además grupos de discusión sobre problemas socio-sanitarios que suponían una oportunidad de intercambio e información sobre diversos recursos (de trabajo, vivienda, salud, etc.).

A pesar de esto, han encontrado barreras como la fuerte violencia policial (arrestos, destrucción de equipos, etc.), el escaso reconocimiento de su trabajo como agentes de salud pública por otros profesionales de la salud, la insuficiente capacitación y supervisión en algunos equipos, las dificultades para mantener la continuidad en la financiación y los bajos salarios debido a la escasa cualificación formal (un 60% dejó sus actividades antes del año). Es de señalar que en aquel momento esta población no se percibía como vulnerable al VIH/SIDA y otras ETSs, por lo que era difícil conseguir fuentes alternativas de recursos.

La consideración de estas barreras, junto a la pobreza y el género, hacen pensar en la importancia de dar respuestas desde una perspectiva holística de la RD, que supere la visión individual de hábitos y comportamientos y tenga en cuenta el juego de fuerzas del marco social y estructural.

A continuación se presenta la experiencia del Proyecto de Acceso Móvil (siglas en inglés: MAP), en Vancouver, Canadá, y la evalua-

ción realizada por dos equipos de investigadores a este dispositivo (Jansen et al., 2009; Deering et al., 2011).

En países como Canadá, con políticas de semi-criminalización de la prostitución, la combinación de la desregularización que acompaña a quienes trabajan en la calle y el mercado de las drogas, da lugar a un contexto de riesgo con elevadas tasas de violencia, explotación, pobreza, personas sin techo, uso de sustancias, enfermedad mental, VIH/ETS y mortalidad prematura (Cusick, 2006; Lowman, 2000; Miller & Neaigus, 2002; Potterat et al., 2004; Strathdee et al., 2008; Surratt et al., 2004; en Deering et al., 2011). Acciones punitivas contra Mujeres Trabajadoras Sexuales (en adelante MTS) en la calle, han producido su desplazamiento hacia espacios aislados e industriales, que limitan aún más su acceso a los servicios de salud, soporte y protección policial, a la vez que aumenta el riesgo de violencia física, sexual y de infección por VIH. En el Downtown Eastside (DE) de Vancouver, las MTSs son sujeto de extrema violencia y abuso (Tyndall et al., 2003; en Janssen et al., 2009), y según un estudio del VIDUS, la prevalencia de VIH y VHC es de 35% y 90% respectivamente entre los residentes.

En respuesta a esta situación, una coalición de gobierno, junto a asociaciones de MTSs que trabajan en RD (WISH y PACE), implementaron el MAP, que comenzó a funcionar en 2004, en el DE, con una furgoneta y sus trabajadores: el conductor y dos trabajadoras Pares de apoyo. Se trata del primer servicio móvil en Canadá gestionado por Pares para MTSs; funciona durante la noche y hace paradas regulares de 15 minutos en zonas de recorridos frecuentes; su presupuesto anual es de 294.000 dólares. El MAP proporciona ayuda ante emergencias médicas, consejería, material de prevención (condones, agujas estériles, protectores bucales para pipas, etc.), información y

referencias a servicios sociales, de salud y tratamiento, siendo además un espacio seguro para descansar, comer o beber algo, y donde se registran y alerta sobre episodios de violencia.

El estudio realizado por Janssen y otros (2009) durante el 2006, tuvo por objeto evaluar el impacto del MAP, a través de encuestas a MTSs que asistían a su servicio, registros diarios del MAP, encuestas a mujeres en un centro de acogida, y datos de un estudio de cohorte simultáneo de UDIs (VIDUS). Veamos algunos de sus resultados.

El MAP ha sido rápidamente adoptado, incrementándose el número de MTSs significativamente (de 963/mes en 2004 a 1496 en 2006). Su éxito tiene que ver con su accesibilidad, llega al lugar y horario de trabajo de las MTSs, siendo compatible con éste por el escaso tiempo que requiere, y con su capacidad para responder a problemas de salud e inseguridad que preocupan a estas mujeres. Así, el 93,7% de las que recurren al servicio dicen sentirse seguras, más de la mitad ha recibido primeros auxilios o se le facilitó el acceso a cuidados médicos en otra parte, a un 16% se le evitó ser herida y a un 10% ser atacada sexualmente. Por otra parte, y coincidiendo con la literatura consultada, se evidencia la escasez y necesidad de servicios de salud respetuosos y desprejuiciados que faciliten información y cuidados específicos para las MTSs. Se evidencia también la dificultad de las mujeres para buscar protección policial debido al estatus cuasi-criminal del trabajo sexual (Sex Trade Advocacy and Research, STAR, 2005), lo que ha dado lugar a la educación de Pares sobre leyes laborales y derechos ciudadanos (Lewis et al., 2005; en Janssen et al., 2009).

El significativo y creciente número de jeringas estériles (de 1240/mes en 2004, a 3241 en 2006) y condones dispensados (de 531/

mes en 2004, a 1432 en 2006), hace pensar que el MAP podría jugar un rol decisivo en la prevención del VIH-SIDA y de la HC entre las MTSs. Es de hacer notar que ninguna de las mujeres que acudían al MAP ha prestado una jeringa usada.

En síntesis, el MAP parece cumplir con su cometido en tanto estrategia de RD de proximidad, basada en Pares y generadora de entorno seguro. Sus intervenciones resultan críticas porque logran reducir las barreras de acceso a los suministros de RD, los servicios socio-sanitarios, incluyendo el tratamiento de las adicciones, al modificar el contexto físico y social y alcanzar a la población más vulnerable. Estos últimos puntos son constatados en el estudio de Deering y otros (2011), en el que investigadoras Pares aplicaron cuestionarios bi-anales a 242 MTSs de calle entre 2006 y 2008, llegando al sector más vulnerable y de difícil acceso (menores de 24 años, con más de 10 clientes/día, que trabajan en espacios públicos aislados). Puntualizan en la necesidad de dirigir programas como el MAP hacia la población más joven, que es la que menos accede a estos servicios (Shoveller et al., 2007; Tylee et al., 2007; en Deering et al., 2011), así como de promover modelos de tratamiento específicos de género, que traten conjuntamente experiencias traumáticas y adicciones (Claus et al., 2007; Greenfield & Grella, 2009; Niv & Hser, 2007; Remien et al., 2009; en Deering et al., 2011). Sus resultados indican que programas como el MAP facilitan la utilización de tratamientos de internamiento para las adicciones entre las MTSs, no siendo significativa la utilización de tratamientos ambulatorios, aunque uno puede conducir al otro.

Deering y otros (2011) concluyen que dadas las múltiples inequidades sociales y de salud experimentadas por esta población, incluyendo el insuficiente acceso y utilización de tratamientos, es

importante continuar desarrollando intervenciones estructurales basadas en la evidencia, que favorezcan la habilidad de las MTSs para emplear prácticas de RD y mejorar el acceso a los servicios socio-sanitarios.

Por otro lado, aunque continuando en el contexto de Vancouver, la organización de usuarios VANDU ha tenido un importante rol en dar respuestas comprehensivas, desde un modelo distinto al tradicional “proveedor-cliente” que domina los programas de salud y RD para UDIs. Esta, como otras organizaciones, puede conocer con mayor claridad y rapidez problemáticas emergentes que afectan a la población usuaria de drogas, así como dar respuestas de mayor alcance, más precisas y contextualizadas, debido a su directa implicación. Así, los programas de RD implementados, a menudo han tensionado los marcos legales existentes y reconducido las políticas e intervenciones de salud pública. Es el caso del PIJ Alley Patrol, mencionado anteriormente, que logró reducir barreras que limitaban la accesibilidad a los programas locales de la población de alto riesgo, y en 2003 dio lugar a que las políticas implementadas en Vancouver se basaran en las desarrolladas por VANDU. En esa época además, el gobierno aprobó la creación de una Sala de Inyección Supervisada (SIS) cuya apertura se dilató por motivos burocráticos. Frente a esto VANDU puso en marcha una Sala de Consumo Supervisada, no autorizada, con un impacto muy positivo en la salud comunitaria, forzando así la apertura de Insite (la SIS autorizada) en 2003 (Small et al., 2012).

Por entonces, la inyección asistida y la inyección en espacios públicos comenzaban a emerger como prácticas de riesgo significativas. Se estimaba que un 40% de la población local alguna vez había necesitado ayuda para inyectarse (O’Connell et al., 2005, en Small et

al., 2012), siendo las mujeres más propensas a ello (Wood et al., 2003; en Small et al., 2012). Los límites establecidos por el marco legal impedían la asistencia a la inyección en la SIS, que además tenía una capacidad limitada, por lo que quienes la necesitaban debían recurrir a los “hit doctors” (pagando un precio), generalmente en espacios públicos (Fairbairn et al., 2006; Small et al., 2012). Esto se asocia a un mayor índice de intercambio de jeringas, condiciones poco higiénicas, interrupción potencial, violencia callejera, encuentro con la policía, etc. (Small et al., 2007; en Small et al., 2012). En este contexto, VANDU crea en 2005 el Injection Support Team (IST), un programa de proximidad conducido por Pares, que patrulla regularmente calles, parques, etc., con el fin de facilitar material, educación y soporte a individuos que experimentan dificultades al inyectarse o que requieren asistencia durante la inyección. Para ello trabaja con “hit doctors”, reconocidos en la escena local y con amplia experiencia. Se trata del primer proyecto de RD con estas características.

Con el fin de documentar esta intervención (estructura, procesos e impactos), se inició una investigación cualitativa de base comunitaria, con la participación de VANDU, el IST, el British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, y la financiación del Canadian Institute of Health Research. Se formó un equipo de investigación de Pares con diez miembros de VANDU, capacitándolos en diseño, herramientas de producción de información, análisis, interpretación, difusión y aspectos éticos de la investigación. Veamos a continuación algunos de los aspectos relevantes documentados.

Entre las actividades de proximidad mencionadas, la educación sobre técnicas y prácticas seguras de inyección y auto-inyección se realiza preferentemente mientras ésta ocurre, lo que conlleva be-

neficios documentados (Fast, Small, Wood & Kerr, 2008; Krüsi, Small, Wood & Kerr, 2009; Wood et al., 2005; en Small et al., 2012). En principio se hace verbalmente, y si así no es suficiente, entonces se procede a la asistencia manual, utilizando guantes y jeringas desechables. Además, tiene lugar en la escena pública de consumo de drogas, que es donde más se necesita, lo que supone un movimiento hacia la intervención de entorno seguro, dentro del campo de la RD (Kerr, Kimber & Rhodes, 2007; Rhodes et al., 2006; en Small et al., 2012). Así, el IST se dirige no sólo a los comportamientos de alto riesgo sino también a los espacios de consumo: brindar elementos para romper con la dependencia a la inyección asistida no segura, supone cambios en el entorno, como puede ser la dinámica de relaciones de poder entre los “hit doctors” y los usuarios.

Por otra parte, para este trabajo, los Pares cuentan con los aprendizajes de su propia experiencia y con una capacitación en primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar, reconocimiento de sobredosis y educación para la inyección segura. No llevan consigo naloxona, y frente a una sobredosis llaman a emergencias. Además, el equipo ha desarrollado un manual de procedimientos y protocolos.

Es de señalar que los usuarios en activo presentaron dificultades para mantener su disponibilidad en el trabajo de proximidad, como problemas de salud, encarcelamiento o procesos judiciales. Otro aspecto a mencionar son los conflictos interpersonales surgidos en el Equipo, que se resolvieron en el marco de los principios básicos establecidos para la organización del proyecto.

A continuación, presentaremos un programa de proximidad llevado a cabo en Estados Unidos con población inmigrante usuaria de drogas, evaluado desde distintos ángulos.

Una investigación previa (Colón et al., 2001; Deren et al., 2003; en Colón et al., 2010), evidencia que entre la población de puertorriqueños usuarios de drogas (UDIs y *crack/cocaína*) residentes en el área de Nueva York, aquellos que también consumían drogas en Puerto Rico presentan un alto índice de riesgo de VIH. Por otra parte, como indica la literatura (Bronfman, Leyva, Negroni & Rueda, 2002; en Colón et al. 2010), el estrés vivido por el tránsito migratorio, las barreras del lenguaje y la experiencia de inequidad social, incrementan los riesgos para la salud y la incapacidad para acceder a los servicios.

Por todo ello, se ha llevado adelante una intervención de proximidad basada en el modelo de Pares (el Bienvenidos Project), dirigida a reducir comportamientos de riesgo y mejorar conocimientos sobre el VIH/SIDA en esta población (Colón et al., 2010). La elección de dicho modelo responde a las ventajas que ofrecen los Pares: compartir el mismo *background* cultural, cercanía en experiencias y conocimiento de necesidades, credibilidad, y familiarización con los servicios de tratamiento y salud en la comunidad de acogida que les permite actuar como “mediadores culturales” (UNESCO/UNAIDS, 2000; en Colón et al. 2010). Por otra parte, la importancia de los tratamientos de drogodependencias en cuanto a la prevención del VIH (Metzger, Navaline & Woody, 1998; Sorenson & Copeland, 2000; en Colón et al. 2010), y el hecho de que muchos usuarios de drogas en Puerto Rico habían emigrado a Nueva York en busca de programas de mantenimiento con metadona (PMM), condujeron a la decisión de reclutar de allí los pacientes y capacitarlos para el trabajo de proximidad.

La capacitación se realizó entre 2005 y 2008 a 80 pacientes, tenía una duración de 35 horas y se basaba en la adaptación del currículum de formación de Pares de la asociación ADAPT (cduhr.org). Los

participantes debían ser bilingües, estar familiarizados o tener experiencia de consumo en Puerto Rico, sin importar si actualmente eran usuarios de drogas. Se hizo también una formación de 10 horas con el personal de las clínicas sobre comportamientos de riesgo y necesidades de recursos de los inmigrantes. A continuación, los Pares condujeron el trabajo de proximidad en su comunidad durante 12 semanas, contando con instancias de supervisión/soporte individual y grupal. Su trabajo consistía en facilitar información sobre prevención de VIH-HC, uso de drogas, recursos socio-sanitarios, material de RD (kit con lejía, tapones de botella, algodón, agua e instrucciones para limpiar agujas), condones, protector bucal, etc. Se pagaba una retribución por horas de trabajo. Se finalizó el proceso con una ceremonia y entrega de certificados; 39 pacientes terminaron la formación (49%).

Durante este proceso, Colón, Deren, Guarino, Mino & Kang (2010), llevaron a cabo una evaluación de tipo experimental (grupo control/experimental, cuestionarios iniciales y post-intervención), con componentes cualitativos (observación y entrevistas) sobre la eficacia de la intervención.

En cuanto al reclutamiento, destacan la importancia del enfoque de RD para facilitar la participación, el compromiso y ampliar el rango de beneficiarios de la intervención. En este sentido, el consumo no constituía una barrera para la participación, sólo se requería que lo gestionaran de modo que no afectara las actividades del proyecto. Dicho enfoque podía ayudar a reducir el consumo y los comportamientos de riesgo, promover la confianza, asertividad y aprendizajes del trabajo en equipo y la capacitación, así como facilitar el acceso a usuarios de alto riesgo. Por otro lado, destacan también el compromiso inicial con la intervención, ante lo que hay que considerar

las dificultades que supone completar el programa cuando se viven múltiples crisis (falta de vivienda, ser arrestados, conflictos familiares, etc.) o no se ha tenido antes un empleo formal.

En cuanto al entrenamiento, se subraya la importancia de la flexibilidad en la implementación de este tipo de programas (como poder retomar en distintos momentos o sustituir sesiones perdidas).

Durante el trabajo de proximidad, uno de los aspectos más complicados fue la conformación de las parejas y la posterior gestión de conflictos buscando mantener la participación. Por otro lado, las supervisiones estaban en el límite con el *counseling*, ya que era necesario un soporte adicional para resolver tensiones relativas al uso de drogas, salud mental, relaciones interpersonales o las propias del trabajo en un programa estructurado, subrayándose la necesidad de apoyo de un profesional del área clínica. Por último, en la fase final se notó claramente la necesidad de contar con programas que den continuidad a la intervención y faciliten una transición directa, de forma que se pueda aprovechar y ampliar la experiencia y formación adquirida.

Desde una perspectiva etnográfica, a partir de la observación del proceso, entrevistas y focus group, Guarino, Deren, Mino, Kang & Shedlin (2010) evalúan el impacto, los beneficios y desafíos que ha supuesto la intervención para quienes la completaron, a partir de sus propias experiencias.

Los resultados indicaron que en general los participantes disfrutaron su trabajo de proximidad como Pares, y encontraron beneficiosa tanto la capacitación como el trabajo con la comunidad. Entre los beneficios destaca una mejora de la autoestima y la autoconfian-

za, lo que se relaciona con tener una actividad regular, estructurada (algo poco familiar para la mayoría), interesante, con sentido, reconocimiento social, motivo de orgullo y satisfacción por ayudar a otros en la comunidad local. Además, aumentó la motivación para continuar posteriormente en otras actividades vocacionales; algunos obtuvieron empleos remunerados, otras capacitaciones en programas de educación de Pares, como Consejeros en el abuso de sustancias, etc. El entrenamiento y la práctica en la calle mejoró también las habilidades de comunicación que pudieron aplicar a su propia vida. Además, fue valorada la relación con los miembros del equipo, especialmente con aquellos que compartieron el trabajo en la comunidad.

Entre los desafíos, uno de los más significativos fue el impacto en el abuso de sustancias. Para algunos, los aspectos beneficiosos antes mencionados y el ser testigos del potencial devastador del uso de sustancias, jugaron un papel clave en el deseo de controlar, reducir o mantenerse libre de drogas. Para otros, algunos elementos del trabajo, como interactuar con usuarios activos o disponer del kit de RD, funcionaban como potenciales disparadores para la recaída en el uso de drogas. Esto no significa que se hicieran efectivas; el soporte mutuo entre Pares fue fundamental.

Otro desafío experimentado por la mayoría fue la dificultad para aproximarse a desconocidos y hablar de VIH, comportamientos sexuales de riesgo, etc., así como para saber manejarse frente al rechazo. Asimismo, el ajuste a la estructura del trabajo o a metas realistas, eran fuente de frustración. Destacamos por último que la separación y finalización de la intervención, significó para la mayoría enfrentar desafíos como: la abrupta ausencia de una estructura regular de actividades y del “talón semanal”, sentimientos de depresión, pérdida de soporte social, temor a perder los conocimientos adquiridos y difícil pasaje a actividades vocacionales estructuradas (empleo, trabajo voluntario, de pares, etc.).

Si bien resulta prometedor que una parte relativamente pequeña de los participantes, haya logrado traducir los beneficios en cambios concretos en su vida, es poco realista esperar que una intervención de corto plazo produzca cambios a largo plazo. Para ello es necesario dar continuidad a los recursos, y algunas vías pueden ser la asistencia intensiva para la transición a otros programas (educación, voluntariado, empleo), o el establecimiento formal de mecanismos para integrar programas de Pares.

4.- Salas de venopunción

Las diversas posiciones de los UDIs en el mapa contextual productor de riesgos, se relacionan con la distribución heterogénea de los daños, debido a que la vulnerabilidad varía en las distintas posiciones subjetivas y contextuales. Distintos estudios muestran que aquellos que necesitan la ayuda de otra persona para inyectarse, constituyen una subpoblación desproporcionadamente vulnerable a los daños relacionados con drogas (O'Connell et al., 2005; Wood et al., 2003; en McNeil et al., 2013): en relación a quienes se auto inyectan, doblan las posibilidades de infección de VIH y VHC, presentan altas tasas de intercambio de jeringas, infecciones, sobredosis y violencia (Miller et al., 2002; Wood et al, 2001; Lloyd-Smith et al, 2008; Milloy et al., 2008; Marshall et al, 2008; en McNeil et al., 2013). Dentro de este grupo, las mujeres están extremadamente representadas, y las prácticas de inyección asistida tienen lugar en relaciones de poder con compañeros sentimentales y escenarios de drogas donde la violencia es cotidiana (Bourgeois et al., 2004; en McNeil et al., 2013).

Hasta la fecha son pocas las intervenciones que se han hecho con esta sub-población en reducción de riesgos, en muchos casos de-

bido a que los marcos legales han actuado como barrera. Es el caso de Canadá, donde quienes administren inyecciones pueden quedar expuestos a responsabilidad criminal. Por esta razón, las intervenciones han estado inicialmente orientadas hacia la enseñanza de la auto-inyección, y si bien se alcanzaron mejoras en dicha práctica, estos programas focalizados en el individuo no siempre lograron superar las barreras para la auto-inyección; se subraya así la necesidad de recurrir a intervenciones desde un entorno seguro (McNeil et al., 2013).

Como se explicara anteriormente, en el DE de Vancouver, donde un 40% de los UDIs requiere ayuda para inyectarse, se instaló en 2003 una Sala de Inyección Supervisada (SIS) que mejoró las condiciones pero no solucionó el problema a esa población, lo que dio lugar a la creación del Injection Support Team por VANDU, que funcionó entre 2005 y 2009. Por último, luego de la cancelación de este programa por falta de fondos, VANDU abrió una Sala de Consumo Supervisado y no autorizada (SCS), donde también asistían a personas que requerían ayuda en la inyección. Quienes realizaban esta tarea eran Pares voluntarios, con experiencia como inyectores, que habían completado el entrenamiento en dicha sala, que debían seguir una política estricta de RD (no compartir drogas o parafernalia de inyección, tomar precauciones generales, dar dosis pequeñas después de un período de abstinencia, etc.) y no cobrar retribuciones.

El estudio de McNeil y otros (2013) busca explorar cómo los sujetos experimentan la ayuda para la inyección en la SCS y en el escenario de drogas en la calle, así como conocer la reformulación de los contextos sociales, estructurales y espaciales de las prácticas de asistencia en la inyección, y cómo afecta experiencias de violencia cotidiana y estructural, tras la intervención desde un espacio seguro. Se

trata de un estudio cualitativo (n=23), donde a través de entrevistas a miembros de VANDU y observación etnográfica se subrayan los resultados que se detallan a continuación.

El interjuego de factores sociales y estructurales, como el marco legal que rige la SIS autorizada, constituyen barreras y desigualdades en el acceso a los servicios de RD. Este dispositivo, inscripto en una subjetividad neoliberal, considera a los clientes como autónomos, usuarios de drogas independientes, capaces de auto-inyectarse, sin tener en cuenta factores que pueden restringir las capacidades individuales y por tanto las habilidades para adoptar medidas de RD.

Así, la mayor vulnerabilidad toma *cuerpo* entre las personas con limitaciones psico-físicas (acceso venoso difícil, temblores, parálisis, etc.) y a través de la *intersubjetividad*, en relaciones de poder relativas al género (los “novios” controlan el proceso de inyección, restringiendo la agencia de las mujeres y produciendo daños), o en aquellas que se establecen con los “doctores” (Pares a los que se recurre para la inyección en los escenarios de consumo), donde la vulnerabilidad ante la violencia, la explotación o las enfermedades infecciosas se ve incrementada.

La creación de la SCS no autorizada, ha facilitado el acceso a la población más vulnerable y con ella su empoderamiento al incrementar el control sobre los recursos y procesos de inyección; esto supone una reformulación de las relaciones sociales en su desequilibrio de poderes, al disminuir la dependencia de los “novios” y “doctores”. Ha favorecido además el establecimiento de rutinas de inyección segura y un espacio de escape a la violencia cotidiana, así como la interrupción en prácticas de riesgo de VIH y VHC, y la prevención de sobredosis a

través de mensajes que los Pares asistentes refuerzan con la negociación de las dosis. Así, de acuerdo con Rhodes y otros (2006), estos resultados indican que intervenir en el nivel de las relaciones sociales existentes para promover “responsabilidades sociales”, es efectivo en la RD relacionados con las drogas, por lo que futuros esfuerzos deberían considerar la adopción de aproximaciones basadas en Pares.

Los espacios fijos de consumo supervisado constituyen espacios de legitimidad, seguridad y soporte, que se identifican como “refugios” que en muchos casos dan estabilidad a sus participantes. De ahí la importancia de estos micro entornos a la hora de minimizar daños no sólo relativos a las prácticas de inyección.

Por otro lado, esto demuestra la importancia de efectuar cambios en el marco legal que faciliten el acceso a un amplio espectro de la población de UDIs, minimizando la vulnerabilidad estructural de los daños relacionados con las drogas, y garantizando el derecho a la seguridad de las personas que no pueden inyectarse por sí solas.

5.- Intervenciones psicoeducativas, motivacionales o de asesoramiento desarrolladas por pares

El problema del consumo excesivo de alcohol entre los estudiantes de formación superior (18-29 años) es un tema significativo de salud pública (Grant, 1997; Johnston et al., 1997; Wechsler et al., 1994; en Cimini et al., 2009). Aquellos citados por violar las políticas de alcohol en campus universitarios, que están bajo tutela, son más propensos al consumo excesivo y por tanto al alto riesgo que supone (Flynn & Brown, 1991; Fromme & Corbin, 2004; O’Hare, 1997; en Cimini et al., 2009).

Distintas actividades preventivas se han puesto en marcha en las universidades, mostrando ser más efectivas aquellas basadas en entrevistas motivacionales (EM) y en normas sociales que las clases de educación sobre el alcohol (Borsari & Carey, 2005; Fromme & Corbin, 2004; Barnett et al., 2007; White et al., 2007, 2008; en Cimini et al., 2009), aunque otras investigaciones dicen que las intervenciones breves no contribuyen a los cambios tras un incidente o citación (White et al., 2008).

De acuerdo a la teoría (Bandura, 1977; en Cimini et al., 2009) e investigaciones sobre modelos de influencia social en el consumo de alcohol de los jóvenes, las intervenciones realizadas por Pares podrían ser particularmente efectivas y deberían considerar normas percibidas para el beber, motivaciones o beneficios sociales esperados, modelo de consumo excesivo de alcohol como factor de riesgo, y oferta directa de alcohol (Larimer et al., 1997; Paschall et al., 2002; Wood et al., 2001; en Cimini et al., 2009). Por otra parte, distintos estudios sugieren que los métodos dramáticos pueden ser una alternativa viable a los métodos tradicionales de clase y vídeo para mejorar el conocimiento en adolescentes (Cimini et al., 2002; Duveen & Solomon, 1994; Perlini & Ward, 2000; en Cimini et al., 2009).

El objeto del estudio realizado por Cimini y otros (2009), es examinar la efectividad de tres intervenciones breves facilitadas por Pares sobre alcohol (un pequeño grupo de EM, teatro de Pares y educación interactiva), con bebedores de alto riesgo bajo tutela por violar normativas, en una gran universidad pública del noreste de Estados Unidos. Se parte de la hipótesis de que aquellos que participaron en EM y teatro de pares, podrían reportar menos consumo y problemas relacionados con el alcohol que aquellos que lo hicieron en grupos de

educación. Se recabó información a través de cuestionarios aplicados al inicio y 6 meses después de la intervención, a 685 jóvenes bajo tutela, a los que se asignó aleatoriamente una de las tres modalidades.

En cuanto a los resultados, no fueron estadísticamente significativos en cuanto a los efectos de antes y después de la intervención. Esto es consistente con las conclusiones de White y otros (2008), que dicen que la citación en sí misma tiene un impacto inmediato en la reducción del consumo de alcohol, y las intervenciones pueden no agregar nada sobre este efecto. Otra posible explicación de estos resultados es que se haya declarado un menor consumo en el cuestionario inicial (Walter & Cordin, 2007), o que se relacione con el contexto de habilidades/experticia de los facilitadores Pares.

Un segundo análisis indicó que los cambios en las normas percibidas y el uso de estrategias de comportamientos de protección, se correlacionaban significativamente con cambios en el uso de alcohol, menor consumo y problemas relacionados, durante el seguimiento posterior a la intervención. Esto es consistente con la literatura sobre modelos sociales de influencia que sostienen la importancia de los pares en intervenciones para la reducción del consumo.

Los resultados sostienen la importancia de incorporar correcciones normativas, desafiar las expectativas sobre beneficios sociales de beber, y proveer de modelos de actitudes responsables hacia el alcohol en el contexto de las intervenciones en universidades.

A continuación se presentará la evaluación (Williams et al., 2011) de un programa desarrollado en Estados Unidos, el CHOICES, que combina trabajo de Pares en proximidad, educación y *advocacy*, en relación al consumo de tabaco en personas con enfermedad mental.

La dependencia al tabaco entre personas con una enfermedad mental o adicción es un gran problema para el cuidado de la salud. En Estados Unidos un 50 % de quienes padecen una enfermedad mental son tabaco dependientes, entre 2 y 4 veces más que en población general (Williams & Ziedonis, 2004; en Williams et al., 2011), por lo que presentan mayor riesgo de enfermar a causa de su consumo. A pesar de esto, poco se hace al respecto: el acceso al tratamiento es restringido (la mayoría de los centros de salud mental no cuentan con estos tratamientos y la mayoría de los programas no tienen por objetivo a esta población), y es escaso el trabajo de *advocacy* (por parte de los profesionales). Puede que la mayor barrera para un cambio de políticas y sistema, sea que el consumo de tabaco no siempre es visto como un problema entre estos usuarios y sus familias. Sin embargo, la evidencia muestra que buscan y utilizan tratamientos de tabaco y que éstos pueden resultar exitosos (Haustein et al., 2002; Breslau et al., 2004; en Williams et al., 2011). De todos modos, se destaca la necesidad de aumentar la motivación en los clientes antes de comenzar el tratamiento.

Frente a esto, el modelo de soporte de Pares, basado en la responsabilidad compartida, respeto y comprensión mutua, puede ofrecer ventajas (Mead et al., 2001). Además, puede suponer un modelo alternativo para los sistemas de salud mental, favoreciendo el aumento de la demanda de tratamiento de tabaco por parte de los consumidores, y ayudando a cambiar las normas culturales aceptadas en estos contextos.

Estas son las metas que el proyecto Consumers Helping Others Improve their Condition by Ending Smoking (CHOICES) se propone, y para las cuales trabajan Pares Consejeros, llamados Defensores de Consumidores de

Tabaco (sigla en inglés CTAs), realizando trabajo de *outreach*, educación y *advocacy*. CHOICES también tiene el significado de la elección que es posible hacer, lo que apunta al empoderamiento en salud mental de los consumidores. Es el primer programa de proximidad dirigido por Pares de este tipo. El estudio realizado por Williams et al. (2011), describe su desarrollo e implementación y presenta los hallazgos a partir de su evaluación.

El proyecto fue concebido desde la asociación de grupos que han sido claves para su sostenibilidad y crecimiento: universidad, asociaciones locales y de salud pública. Tenía por objetivos: a) contratar, entrenar y supervisar CTAs; b) monitorear la productividad y efectividad del equipo; c) crear y distribuir recursos materiales dirigidos a fumadores con enfermedad mental.

Los CTAs debían ser usuarios de salud mental (moderadamente enfermos o restablecidos de una enfermedad mental) y estar libres de tabaco por un año mínimo. Además del trabajo de proximidad y educación debían trabajar como consultores para consumidores o agencias de salud mental, asistiendo como vínculos con el tratamiento de tabaco, *advocacy*, soporte y provisión de material educativo. Recibieron para ello un entrenamiento intensivo teórico/práctico de 30 horas y sesiones sobre técnicas de entrevista motivacional (EM) para intervenciones de retroalimentación entre Pares. Estas últimas intentaban motivar la búsqueda de tratamiento a partir de información y concienciación sobre el consumo de tabaco, dirigida a mejorar la calidad de vida, no al dejar de fumar. El trabajo fue supervisado por el director experto del programa.

La evaluación se realizó sobre intervenciones individuales realizadas entre 2005 y 2007, centrándose en la efectividad de las EM de retroalimentación entre Pares (de 20'), a través del comportamiento

y motivación de los fumadores. A quienes hubieran completado una intervención, se les aplicaba un cuestionario base, y se volvía a contactar telefónicamente para una encuesta al mes y a los 6 meses.

Entre las conclusiones, se destaca que en relativamente poco tiempo ha tenido un amplio alcance y ha sido valorado como extremadamente positivo por consumidores y profesionales. Desde 2005 se han visitado unas 298 comunidades, alcanzando a más de 10.000 fumadores con enfermedad mental (unos 2500/año).

Una de sus fortalezas es el trabajo de Pares, que ayuda a luchar contra el estigma que asocia a la enfermedad mental con el consumo de tabaco, y facilita la comunicación (para el 71% es más fácil hablar con un CTA que con su consejero de salud).

Los participantes mostraron un descenso significativo en el consumo diario de cigarrillos por día (de 19 al inicio a 13), además 3 participantes dejaron de fumar al menos una semana. Estos datos son destacables debido a que en las EM no se promovía el dejar de fumar, de modo que la creciente motivación puede atribuirse a dichas sesiones. Además, un 29% intentó dejar de fumar en el mes siguiente a la sesión de pares y 55% redujeron su consumo. Aunque un tercio de los participantes decía que en su programa de salud mental ofrecían consejería o tratamiento para el tabaco, nuestros resultados sugieren que la presencia de estos servicios influye escasamente en el comportamiento de fumar o los intentos de dejar. Por otro lado, se señala entre los límites del estudio, su aplicabilidad fuera de contextos de tratamiento de hospitalización parcial, o de cuidados parciales.

Al igual que otros programas de este tipo, CHOICES ha constatado ser beneficioso tanto para quienes reciben su soporte, como

para los Pares proveedores y para el sistema de salud mental en su conjunto (Davidson et al., 2006; en Williams et al., 2011). Los Pares proveedores reportan aumento de la confianza, autoestima y habilidad para lidiar con la enfermedad; además, el trabajo les da soporte para su propia recuperación y ofrece la oportunidad de crecimiento personal (Sólomon, 2004; en Williams et al., 2011).

Por último, se destaca el reconocimiento de CHOICES a nivel nacional como modelo de abordaje del tabaco en el contexto de salud mental (seleccionado en 2007 como “Programa Innovador” por el Instituto de Servicios Psiquiátricos; en 2007 obtuvo el premio Programa Innovador por la Mental Health America; aparece en el listado de recursos de “buenas prácticas” del Smoking Cessation Leadership, 2009, entre otros).

Conclusiones

El uso de drogas desde una perspectiva ecológica emergente, se enmarca en un “entorno de riesgo”, entendido como la heurística que delinea la producción socio-estructural de vulnerabilidad entre los usuarios. Se entiende así la producción de riesgos y daños en el interjuego de distintos tipos de entorno (físico, social, económico, político, etc.) operando a distintos niveles (micro, meso, macro), y dando lugar a una distribución desigual en los sujetos, de acuerdo a la posición que ocupen en la estructura. De este modo, a diferencia del modelo dominante en salud pública, caracterizado por una gubernamentalidad neoliberal centrada en el individuo, se pone énfasis en intervenciones que favorezcan espacios más seguros, es decir, que busquen cambiar determinantes sociales, estructurales y contextuales de riesgo (Mc Neil, Small, Lampkin, Shannon & Kerr, 2013).

Desde este marco, podemos entender que las organizaciones de usuarios y los programas conducidos por Pares, surgieron como intento de dar respuesta a problemáticas emergentes en poblaciones vulnerables, que encontraban barreras de accesibilidad e insuficiencias en los servicios de las instituciones sanitarias. Como dice Zibbell (2012), “el principal motivador de las organizaciones de usuarios de drogas es el Estado [en la medida que]...es consistentemente percibido con fallos en el *adecuado* abordaje de la prevención del SIDA y daños relativos a las drogas.” (p. 559) Las distintas intervenciones presentadas responden a esto, a excepción de aquellas realizadas en contexto universitario con jóvenes bajo mandato por consumo excesivo de alcohol, donde el trabajo con Pares apunta a mejorar la efectividad en el aprendizaje para lograr un cambio de comportamiento en los individuos, sin trascender este registro.

En casos como el de VANDU, las intervenciones desafiaban las políticas y leyes sobre drogas, logrando posteriormente el reconocimiento oficial y la consecuente aplicación de las novedades introducidas. En otros, como el de Vietnam, era necesario negociar con las autoridades cierta tolerancia en la represión u oposición a las estrategias de RD, para poner en marcha los programas. Este también era el caso de Brasil, que contó además con apoyo financiero, sin el cual sería imposible su viabilidad. En Australia, fueron claves los acuerdos con la participación de la policía en la co-atención de emergencias; en Estados Unidos con el apoyo de instituciones públicas y privadas se buscaba facilitar y motivar el acceso a servicios de tratamiento en tabaquismo.

Esto nos conduce a la reflexión sobre la necesaria conexión entre organizaciones de base comunitaria y las agencias de gobier-

no. Si para las primeras supone las ventajas mencionadas, para las segundas implica poder llegar a poblaciones de muy difícil acceso y hacer más efectivos los programas de prevención. Para ambas, es una vía de legitimación importante fuera de sus respectivos ámbitos. Las instituciones logran que sus mensajes y materiales lleguen a través de fuentes confiables, legítimas; y para las organizaciones de usuarios, representantes de una población marginalizada, estigmatizada o criminalizada, puede ser un recurso clave para su sobrevivencia y para ser reconocidos como agentes de cambio. Como hemos visto, participando en paneles, en la evaluación de intervenciones, en la recolección de información, o a través de los servicios que brindan, varios grupos intentan legitimarse como colaboradores de las instituciones, haciendo lo que éstas no pueden. Debemos agregar que la legitimidad interna de estas organizaciones tiene un lugar aún más importante: nacieron en la comunidad y son parte de ella, por lo que sus dirigentes, trabajadores o participantes, actividades, servicios e investigación, están relacionados con ella.

Esto implica a la vez cierto dilema: dada la naturaleza y necesidades de esta población, cuando se trata de usuarios de drogas ilegales, gran parte del trabajo no es legal, por lo que deben seguir haciéndolo relativamente escondidos. Para las agencias supone “dejar hacer” un trabajo que ellos no pueden, y a la vez responder a requerimientos administrativos. Esto muestra el antagonismo existente entre las lógicas de salud pública y la jurisdicción y aplicación de la ley, así como el espacio móvil y creativo al que da lugar: atravesado por fuerzas de la sociedad civil y política, de allí surgen las motivaciones de los usuarios para organizarse e implicarse en el activismo político, ofrecer servicios y demás.

Dicho espacio y sus fronteras, adquieren formas distintas según los escenarios. Así por ejemplo, en Canadá, existe una mayor tolerancia y apoyo (incluso económico) de las autoridades hacia iniciativas de RD como las de VANDU, además, el activismo social y en materia de drogas es significativo. Otra realidad muy distinta es la de China o el sudeste asiático, donde dominan las políticas punitivas que se extienden a los usuarios y a nivel comunitario prevalece el estigma y la discriminación, lo que constituye barreras para el reconocimiento de los usuarios como agentes de cambio y sus respuestas desde la RRDD. Esto se ha visto en varios trabajos presentados; en ellos ha sido clave tanto el esfuerzo de las organizaciones y redes locales, como el apoyo y la participación de las redes internacionales (organismos internacionales, universidades, asociaciones de usuarios, etc.). Al respecto dice Lune (2012): “Curiosamente, mientras los contextos legales y políticos para el control de drogas y RD están nominalmente definidos por los Estados, la mayor parte del trabajo hecho por, para, o contra la comunidad usuaria de drogas, ocurre “sobre” o “debajo” de los Estados nacionales.” (p. 555) De todos modos, es importante tener en cuenta las diferencias en los sistemas políticos para valorar el poder disponible para los usuarios y el potencial de las organizaciones para inscribirse en los debates políticos como actores legítimos. No es lo mismo un sistema político autoritario donde dominan condiciones extremas de represión como vimos en el sudeste asiático o China, que una democracia liberal y estado de bienestar como Australia o Canadá.

Hasta aquí hemos dibujado a grandes rasgos dinámicas y estructuras socio-políticas que junto a la perspectiva holística de la vulnerabilidad y el riesgo, nos permiten situar mejor las respuestas dadas desde los programas de RRDD basados en Pares. Así podemos

dimensionar mejor la importancia del trabajo de *advocacy* para la implantación de los PIJP en el norte de Vietnam. O los cambios estructurales que suponen las intervenciones de proximidad al superar las barreras geográficas, socio-culturales, lingüísticas, jurídicas, etc., a la accesibilidad de los servicios, la información o los materiales seguros. Pensemos por ejemplo en el MAP de Vancouver, que facilita el acceso a un entorno seguro y de cuidado a una población altamente vulnerable y de difícil acceso. Igualmente, el programa que trabaja con la dependencia al tabaco en personas con enfermedad mental, busca un cambio en la cultura social e institucional que normaliza prácticas de consumo moderado en esta población. En todos los casos evaluados, se ha destacado su adecuación y eficiencia para la prevención, así como su potencial de alcance y difusión en las redes.

Por último, a nivel de quienes participan en estas organizaciones y programas, es significativa la gradual modificación de su identidad como usuarios, ahora entendida desde la responsabilidad, el compromiso ciudadano y el poder de hacer y crear cambios sociales y políticos. Estos cambios en la subjetividad están vinculados a la capacidad de las organizaciones de usuarios para reconfigurar el discurso institucional hegemónico y crear nuevas categorías ontológicas que dan lugar al empoderamiento individual y colectivo, y a la creación de relaciones sociales no jerárquicas de poder. Así, los usuarios han encontrado distintas formas de desafiar el poder instituido, apropiándose de los estereotipos o desestabilizándolos, y convirtiéndose en una fuerza instituyente. Los 'hit doctors' son un buen ejemplo de ello, porque su denominación supone una subversión del significado original: ahora se conjugan los aportes de la capacitación y el reconocimiento de la experticia con un sentido distinto. Es de señalar además que las evaluaciones o intervenciones con un enfoque cualitativo/

etnográfico, suponen un reconocimiento de las voces de estos sujetos, sus saberes y capacidad de acción. Recordemos su papel en la adaptación cultural de información y parafernalia en el programa de Brasil; o la profundidad con que se puede dimensionar el impacto del “Bienvenidos Project” en los sujetos a partir de sus relatos. Asimismo, en la investigación cualitativa de base comunitaria sobre el IST, se trabajó con un equipo de investigación de Pares. En esta línea, autores como Albert (2012), interpelan a los programas donde los Pares no imparten las capacitaciones; un apunte fundamental, aunque quizá en algunos casos sea parte de un proceso de apropiación y cualificación de la propia experiencia y de dignificación y reconocimiento más allá del grupo.

Para concluir, tomamos las palabras de Zibbell (2012) que parecen resumir las ideas sobre todo este potencial transformador:

“...podemos empezar a reconocerlos como ‘agentes de cambio’ en un espectro de sistemas políticos, y más importante, podemos reconocer los tipos de cambio de sistema que las organizaciones de usuarios pueden influenciar por sí mismas.”
(p. 564)

Referencias

Albert ER. (2012). People who use drugs as agents of change: peer-to-peer education as a force for positive change. Substance Use & Misuse, 47(5):566-567.

Allamani A. (2012). Views: Active drug users as social change agents a straw for the pilgrim: beyond specialization. Substance Use & Misuse, 47(5):588-590.

Bartlett N, Xin D, Zhang H & Huang B. (2011). A qualitative evaluation of a peer-implemented overdose response pilot project in Gejiu, China. International Journal of Drug Policy, 22(4):301-305.

Cimini MD, Martens MP, Larimer ME, Kilmer JR, Neighbors C & Monserrat JM. (2009). Assessing the effectiveness of peer-facilitated interventions addressing high-risk drinking among judicially mandated college students. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, (Suppl. 16):57-66.

Colón RM, Deren S, Guarino H, Mino M & Kang SY. (2010). Challenges in recruiting and training drug treatment patients as peer outreach workers: a perspective from the field. Substance Use & Misuse, 45(12):1892-1908.

Convey MR, Dickson-Gomez J, Weeks MR & Li J. (2010). Altruism and peer-led HIV prevention targeting heroin and cocaine users. Qualitative Health Research, 20(11):1546-1557.

Deering KN, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JS, Gibson K, Irons L & Shannon K.A (2011). Peer-led mobile outreach program and increased utilization of detoxification and residential drug treatment among female sex workers who use drugs in a Canadian setting. Drug and Alcohol Dependence, 113(1):46-54.

Deren S, Kang SY, Mino M & Guarino H. (2012). Conducting peer outreach to migrants: outcomes for drug treatment patients. Journal of Immigrant and Minority Health, 14(2):251-258.

Dickson-Gómez J. (2010). Can drug Users be effective change agents? Yes, but much still needs to change. Substance Use & Misuse, 45(1-2):154-160.

Domanico A & Malta M (2012). Implementation of harm reduction toward crack users in Brazil: barriers and achievements. Substance Use & Misuse, 47(5):535-546.

Einstein S. (2012). "Peer workers/health counselors": a new label for a labeled population. A work-in-progress which may not progress. Substance Use & Misuse, 47(5):573-586.

European Coalition for Just and Effective Drug Policies (ENCOD).(2009). Drugs and diplomacy. http://www.encod.org/info/IMG/pdf/DRUGS_AND_DIPLOMACY_FINAL.pdf

Frank VA, Anker J & Tammi T (2012). Drug user organizations in the Nordic countries – local, national, and international dimensions. Substance Use & Misuse, 47(5):462-473.

Gaston RL, Best D, Manning V & Day E (2009). Can we prevent drug related deaths by training opioid users to recognise and manage overdoses? Harm

Reduction Journal, 6:26.

Guarino H, Deren S, Mino M, Kang SY & Shedlin MG (2010). Training drug treatment patients to conduct peer-based HIV outreach: an ethnographic perspective on peers' experiences. Substance Use & Misuse, 45(3):414-436.

Hayashi K, Fairbairn N, Suwannawong P, Kaplan K, Wood E & Kerr T (2012). Collective empowerment while creating knowledge: a description of a community-based participatory research project with drug users in Bangkok, Thailand. Substance Use & Misuse, 47(5):502-510.

Hayashi K, Wood E, Wiebe L, Qi J & Kerr T (2010). An external evaluation of a peer-run outreach-based syringe exchange in Vancouver, Canada. International Journal of Drug Policy, 21(5):418-421.

Janssen PA, Gibson K, Bowen R, Spittal PM & Petersen KL (2009). *Peer support* using a mobile access van promotes safety and harm reduction strategies among sex trade workers in Vancouver's Downtown Eastside. Journal of Urban Health, 86(5):804-809.

Kerr D, Dietze P, Kelly AM & Jolley D (2009). Improved response by peers after witnessed heroin overdose in Melbourne. Drug and Alcohol Review, 28(3):327-330.

Kleinig, J (2012). Active drug users as social change agents: some ethical dimensions. Substance Use & Misuse, 47(5):596-598.

Latkin C & Friedman SR (2012). Programs that incorporate active drug users as change agents for promoting their own goals and those of public health. Preface. Substance Use & Misuse, 47(5):461.

Lenton SR, Dietze PM, Degenhardt L, Darke S & Butler TG (2009). Now is the time to take steps to allow peer access to naloxone for heroin overdose in Australia. Drug and Alcohol Review, 28(6):583-585.

Lenton SR, Dietze PM, Degenhardt L, Darke S & Butler TG (2009). Naloxone for administration by peers in cases of heroin overdose. Medical Journal of Australia, 191(8):469.

Lenton S. (2008). Case for peer naloxone further strengthened. Addiction, 103(10):1658-1659.

Li J, Weeks MR, Borgatti SP, Clair S & Dickson-Gomez J (2012). A social network approach to demonstrate the diffusion and change process of intervention from peer health advocates to the drug using community. Substance Use & Misuse, 47(5):474-490.

LópezGastón R, Best D, Manning V & Day E (2009). Can we prevent drug

related deaths by training opioid users to recognise and manage overdose? Harm Reduction Journal, 6:26.

Lune H (2012). Street-level research on street-level interventions among drug users: commentary on papers by Frank et al., Hayashi et al., Small et al., and Dománico and Malta. Substance Use & Misuse, 47(5):555-557.

Mackenzie S, Pearson C, Frye V, Gómez CA, Latka MH, Purcell DW, Knowlton AR, Metsch LR, Tobin KE, Valverde EE & Knight KR (2012). Agents of change: peer mentorship as HIV prevention among HIV-positive injection drug users. Substance Use & Misuse, 47(5):522-534.

McNeil R, Small W, Lampkin H, Shannon K & Kerr T (2013). "People knew they could come here to get help": An ethnographic study of assisted injection practices at a peer-run 'unsanctioned' supervised drug consumption room in a Canadian setting. AIDS and Behavior, June 25 [Epub ahead of print].doi:10.1007/s10461-013-0540-y.

Ngo AD, Schmich L, Higgs P & Fischer A (2009). Qualitative evaluation of a peer-based needle syringe programme in Vietnam. International Journal of Drug Policy, 20(2):179-182.

Ryan J (2012). Committeeville and drug users as social change agents. Substance Use & Misuse, 47(5):601-604.

Sharma M. & Chatterjee A (2012). Drug users as social change agents in Asia: The diversity of experience and challenges. Substance Use & Misuse, 47(5):604-606.

Small W, Wood E, Tobin D, Rikley J, Lapushinsky D & Kerr T (2012). The Injection Support Team: a peer-driven program to address unsafe injecting in a Canadian setting. Substance Use & Misuse, 47(5):491-501.

Storbjörk J (2012). Drug users as social change agents: increasing but limited possibilities in Sweden. Substance Use & Misuse, 47(5):606-609.

Strang J., Manning V, Mayet S, Best D, Titherington E, Santanta L, Offor E & Semmier C (2008). Overdose training and take home naloxone for opiate users: prospective cohort study on impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. Addiction, 103(10): 1648-1657.

Williams JM, Dwyer M, Verna M, Zimmermann MH, Gandhi KK, Galazyn M, Szkodny N, Molnar M, Kley R & Steinberg ML (2011). Evaluation of the CHOICES program of peer-to-peer tobacco education and advocacy. Community Mental Health Journal, 47(3):243-251.

Zibbell JE (2012). Caught between the "soft" and "hard" arms of the state: a conceptual apparatus for situating the formative role of drug user organizations in national policy-making and local service delivery--a commentary. Substance Use & Misuse, 47(5):558-565.

3. HACIA UNA PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA DE LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL EN EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS E INTERVENCIONES EN EL ÁMBITO DEL USO DE DROGAS: APUNTES PARA UNA HISTORIA MAL CONOCIDA

Joan Trujols Albet

GRUP IGIA

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Ostracized as “outside of the community”, drug users are not granted a voice in health policies that affect their well-being; quite simply, because they are defined as “bad people” their perspectives are irrelevant. Without doubt, this insidious pattern of demonization has contributed, needlessly, to continued spread of HIV/AIDS.

Merrill Singer (2006)

1. Introducción

Las personas usuarias de drogas por vía parenteral forman parte de los colectivos más estigmatizados y discriminados de personas que viven con el VIH o de personas cuyo contexto socioestructural favorece el riesgo de contagio por VIH. De unos años a esta parte parece existir un interés emergente por incluir la voz de los verdaderos protagonistas –dichos usuarios de drogas reconocidos como interlocutores válidos– en la definición, implementación y evaluación de estrategias, programas y recursos en el ámbito del abordaje del binomio drogodependencias-VIH. Probablemente, no es ajena a la configuración de este marco favorable a la incorporación de la perspectiva de los usuarios, la progresiva, aunque aún tímida en demasiados escenarios, tendencia a modificar la clásica relación

jerarquizada profesional-usuario basada en el modelo médico tradicional de enfermedad y en una percepción sesgada y excluyente de la persona usuaria de drogas como persona no competente. En el presente trabajo se revisan una serie de experiencias y estudios que muestran como la participación de dichas personas en el diseño, ejecución y/o evaluación de las intervenciones y/o políticas en el ámbito de los usos de drogas, obliga a modificar dicha representación estereotipada y estigmatizante de la persona usuaria de drogas por vía parenteral. Dadas las múltiples clasificaciones de los tipos y niveles de participación (véase, por ejemplo, Arnstein [1969], Jürgens [2005] y Tritter y McCallum [2006]), en el presente trabajo se ha optado por una clasificación eminentemente pragmática centrada en tres ámbitos diferenciados –a pesar de ciertas intersecciones– de participación (evaluación de intervenciones; implementación y diseño de intervenciones –provisión de servicios–; elaboración de políticas –movimiento social con una función abiertamente política–), que reflejan asimismo una progresión en el grado de influencia de dicha participación sobre el logro de mayores grados de control y poder por parte de las personas usuarias de drogas por vía parenteral sobre las políticas e intervenciones que les conciernen especialmente.

2. Las personas usuarias de drogas por vía parenteral como evaluadores de la calidad de los programas de intervención

La eficacia y efectividad de los diferentes programas e intervenciones para el abordaje de las conductas adictivas han sido evaluadas, casi exclusivamente, mediante la utilización de indicadores o criterios llamados duros: retención en programa, disminución del consumo de la droga diana y otras sustancias psicoactivas, reducción de la morbimortalidad, disminución de la actividad criminal, entre otras

variables.

No obstante, la valoración del resultado de las diferentes intervenciones o programas debe centrarse también en la apreciación subjetiva, por parte del usuario, tanto del proceso asistencial como de la respuesta o cambio producido. La evaluación de los resultados en la práctica asistencial debe incluir pues indicadores basados en las vivencias del usuario porque éstos no necesariamente correlacionan con las medidas o estimaciones 'objetivas' realizadas por los profesionales.

Es el caso, para delimitar únicamente algunos ámbitos de valoración que deberían ser evaluados periódicamente, de las expectativas del usuario en relación al tratamiento o intervención (Calderon, Soletti, Gaigi, Guichard y Lert, 2002), de sus creencias u opiniones sobre la medicación (Stancliff, Myers, Steiner y Drucker, 2002; Pérez de los Cobos, Trujols, Valderrama, Valero y Puig, 2005), de la valoración por parte del usuario de la dinámica relacional establecida con los demás agentes implicados (Lilly, Quirk, Rhodes y Stimson, 1999; Quirk, Lilly, Rhodes y Stimson, 2003) y el grado de participación percibida en la toma de decisiones (Pérez de los Cobos, Trujols, Valderrama, Valero y Puig, 2005) (así como su preferencia por la adopción de un rol participativo vs deferente), de los indicadores de calidad percibida por parte del propio usuario del dispositivo asistencial (Sofaer y Firminger, 2005) y de los niveles de satisfacción con el tratamiento recibido (Calderon, Soletti, Gaigi, Guichard y Lert, 2002; Pérez de los Cobos, Trujols, Valderrama, Valero y Puig, 2005; Trujols y Pérez de los Cobos, 2005).

Sin embargo, pocos dispositivos o centros evalúan la mayoría

de estos factores a pesar de su importancia y validez no sólo como variables facilitadoras de la adherencia y seguimiento adecuados del programa de intervención sino también como variables de resultado o como medidas de la calidad del servicio. Es en ambos sentidos que la relevancia de dichos factores es manifiesta. Al influir dichas variables en la aceptabilidad del programa por parte del usuario y considerando que dicho grado de aceptabilidad puede afectar al seguimiento de la intervención o del tratamiento, serían variables mediadoras que podrían modular, en parte, la efectividad de las intervenciones. Asimismo, los procesos de acreditación, iniciados en algunos ámbitos geográficos, de determinados centros de tratamiento (p. ej., centros de dispensación de metadona, comunidades terapéuticas) contemplan como requisito la evaluación periódica de alguna de dichas variables, generalmente el grado de satisfacción de los usuarios de dichos programas, como medidas de resultado o indicadores de calidad.

No obstante, clásicamente, la perspectiva de los propios usuarios no ha sido considerada como una contribución relevante para la evaluación de los centros o programas. El limitado número de referencias a la percepción que tienen los propios usuarios de dichos dispositivos o intervenciones resulta aún más sorprendente si consideramos el importante número de investigaciones realizadas sobre las múltiples modalidades de intervención y los diversos programas terapéuticos y, especialmente, que la incorporación de dicha perspectiva debería ser una condición indispensable para conseguir el objetivo de que respondan plenamente a las necesidades de los propios usuarios (Trujols, Salazar y Salazar, 1999).

Así, un mayor conocimiento de la perspectiva de los usuarios sobre los programas y centros posibilitaría interpretar con una mayor corrección la efectividad y calidad de estos programas y planificar medidas para intentar optimizar dichos parámetros.

Hasta la fecha, las encuestas de satisfacción con el tratamiento son la modalidad de inclusión de la perspectiva del usuario que más atención ha recibido.

2.1. Evaluación de la satisfacción con el tratamiento

La satisfacción de los usuarios con el tratamiento se ha valorado mayoritariamente con preguntas aisladas, con cuestionarios diseñados ad hoc y no estandarizados, con adaptaciones no estandarizadas de cuestionarios diseñados originalmente para evaluar la satisfacción con los servicios de salud mental u otro tipo de centro de salud, o con instrumentos estandarizados pero diseñados genéricamente para evaluar la satisfacción con cualquier tipo de dispositivo o centro asistencial –no específico del abordaje de las drogodependencias–, siendo aún muy reducido el número de autoinformes estandarizados diseñados específicamente para evaluar la satisfacción con el tratamiento en el ámbito asistencial de la atención a las drogodependencias.

Según la mayoría de estos procedimientos de evaluación de la satisfacción con el tratamiento, la mayor parte de usuarios –y, en muchos casos, la práctica totalidad– se encuentra altamente satisfecha con la asistencia recibida. No obstante, estos resultados contrastan no sólo con comentarios concretos realizados por usuarios individuales en bastantes ocasiones y situaciones o con la mayoría de aportaciones de los estudios que han empleado una metodología cualitativa para el

análisis de la perspectiva del usuario, sino también con los obtenidos por aquellas encuestas de satisfacción que, incluyendo además de algún ítem o escala para evaluar dicha variable un listado con una serie de posibles desventajas relativas al tratamiento de entre las que el usuario podía elegir algunas (o alguna pregunta abierta con respuesta breve en la que se le solicitaba al usuario que anotara lo que menos le había satisfecho de su experiencia con el centro), detectaban problemas de cierta entidad referidos por usuarios que paralela y mayoritariamente mostraban un elevado nivel de satisfacción con el tratamiento.

Dos grandes líneas argumentales, no mutuamente excluyentes sino estrechamente vinculadas, pueden ser aducidas para intentar delimitar el porqué de esta aparente discrepancia.

A) Cabe destacar en primer lugar la confusión conceptual derivada de la utilización de manera intercambiable de los términos satisfacción del usuario y percepciones del usuario (Sofaer y Firminger, 2005). Aunque la satisfacción con el tratamiento es un ejemplo de percepción, no es, evidentemente, el único.

Asimismo, la ausencia de un marco teórico subyacente al desarrollo de la mayoría de escalas disponibles hasta la fecha para evaluar la satisfacción con el tratamiento en el ámbito de las drogodependencias, no ha hecho más que aumentar la citada confusión. A pesar de la existencia de diferentes desarrollos teóricos explicativos del constructo satisfacción con el tratamiento, parece asumirse implícitamente que se trata de un constructo con un sentido universal o que no requiere de una mayor clarificación. De hecho, algunos autores incluso afirman que el concepto de satisfacción con

el tratamiento parece haber sido impuesto a los usuarios con poca consideración de su relevancia.

Niveles elevados de satisfacción con el tratamiento no significan necesariamente que los usuarios de los centros o dispositivos de atención a las drogodependencias tengan una percepción igual de favorable de la atención recibida, pudiendo corresponder a expectativas negativas o reflejar, entre otras posibilidades, actitudes o creencias del tipo “lo hacen lo mejor que pueden” o “realmente, no es su función...”, una preferencia por mantener públicamente una interrelación constructiva con las personas que los atienden (‘etiqueta social’) o las limitaciones impuestas por la posición dependiente del usuario en el sistema de atención. El estudio y clarificación de los vínculos –y los mecanismos de traducción– entre percepciones de experiencias y expresiones de satisfacción, son una necesidad manifiesta e ineludible. Sin esta clarificación, no es de extrañar que algunos autores, en base a los resultados consistentemente favorables de las encuestas de satisfacción, afirmen que este tipo de estudios tienden a ser poco más que ejercicios retóricos que nos proporcionan la reconfortante ilusión de que estamos escuchando a los usuarios o, incluso, mecanismos mediante los cuales los gestores y clínicos legitiman sus decisiones de mantener el status quo de los centros y programas de tratamiento.

B) La segunda línea argumental se centra en diversos aspectos metodológicos y procedimentales de las encuestas de satisfacción con el tratamiento.

Las escalas de evaluación de la satisfacción del usuario pueden dividirse, en relación a su contenido o estructura factorial, en medidas

globales o unidimensionales –un único factor de satisfacción global o general con el tratamiento– e instrumentos multidimensionales –varios factores correspondientes a aspectos o dimensiones diferenciadas de la satisfacción con el tratamiento–. Aunque la comparación es difícil por las diferencias en la metodología utilizada, los niveles de insatisfacción detectados en estudios realizados con autoinformes multidimensionales son, generalmente, más elevados que los referidos en otras encuestas realizadas con autoinformes globales o unidimensionales.

Asimismo, en relación al método de formulación de sus contenidos, dichas escalas pueden dividirse también en medidas factuales o informes del usuario –preguntas concretas sobre aspectos específicos de las experiencias de los usuarios para conocer si determinados procesos y acontecimientos han sucedido o no– y medidas afectivas –enfaticando la percepción y valoración del usuario sobre dichas experiencias–. Hasta la fecha, no están disponibles instrumentos factuales estandarizados de evaluación de la satisfacción con el tratamiento en el ámbito de las drogodependencias. No obstante, es de esperar que, tal como se ha comprobado en otros ámbitos asistenciales en los que la metodología del informe del usuario surge con fuerza desde hace unos años, los niveles de satisfacción con el tratamiento detectados con medidas afectivas sean, generalmente, más elevados que los referidos por los usuarios al contestar instrumentos factuales.

Además, los autoinformes afectivos –y, entre éstos, los globales o unidimensionales particularmente– difícilmente aportan información útil para la modificación de los programas de intervención. La formulación o redacción de la mayoría de ítems no

proporciona una guía concreta, si los usuarios manifiestan no estar satisfechos, sobre qué elementos, aspectos o procesos del programa deben ser modificados y, en menor medida aún, sobre cómo tienen que realizarse dichos cambios. Este hecho tiende a reducirse en parte si se utilizan autoinformes multidimensionales y, especialmente, tal como se ha constatado en otros ámbitos asistenciales, si se trata de instrumentos de medida factuales.

Finalmente, tampoco puede descartarse la relevancia de dos variables a las que no se les ha dedicado suficiente atención en bastantes de los estudios sobre satisfacción con el tratamiento en el ámbito de las drogodependencias realizados hasta la actualidad: el número de abandonos tempranos del tratamiento y la tasa de no respuesta al instrumento de evaluación. Ambas variables, susceptibles de ser explicadas en parte por niveles bajos de satisfacción con el tratamiento, contribuyen a la incertidumbre de los resultados y representan una amenaza tanto a su validez interna como a su generalización.

2.2. Planteamientos de futuro

La práctica totalidad del escaso número de autoinformes existentes en la actualidad para la evaluación de la satisfacción con el tratamiento en el ámbito de las drogodependencias, probablemente no pueda medir satisfactoriamente dicho constructo debido al proceso de desarrollo de dichos autoinformes (modelo estandarizado de satisfacción con el tratamiento cuyos ámbitos de evaluación –habilidades y competencia del personal, etc. – han sido preseleccionados por los propios profesionales). Es posible que estos autoinformes tiendan a focalizar la atención en las agendas de los

gestores y clínicos en lugar de los temas relevantes para los propios usuarios. Esta situación conllevaría que cuestiones y temáticas importantes para los usuarios puedan no estar contempladas en dichos instrumentos y, asimismo, otras existentes ser consideradas como redundantes o irrelevantes por los propios usuarios. Este hecho afectaría sobremanera la validez de cualquier instrumento de medida de variables eminentemente subjetivas –como la satisfacción con el tratamiento–, pudiendo cuestionarse, en definitiva, los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas con dichos instrumentos.

Probablemente, la complejidad y diversidad de las expectativas y experiencias de los usuarios de los dispositivos o centros de abordaje de las conductas adictivas –como los de cualquier otro centro o dispositivo asistencial– puedan aprehenderse de forma más satisfactoria mediante la utilización de preguntas abiertas de tipo genérico –formuladas en relación a la experiencia (y no la satisfacción) con el centro– u otras técnicas cualitativas de recogida/generación de datos como los grupos focales o las entrevistas en profundidad. Dado que los métodos y técnicas cualitativas presentan una mayor adecuación cuando los procesos a estudiar implican los significados creados y compartidos por personas o colectivos, los estudios de corte cualitativo permiten escuchar más directamente a los usuarios y conocer más profundamente –y en sus propias palabras– su perspectiva sobre el proceso asistencial.

No obstante, el empleo de estas técnicas cualitativas de recogida/generación de datos no ha de ponerse únicamente al servicio del desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación de la satisfacción con el tratamiento, realmente ‘centrados’ en el punto de vista del usuario. Dichas técnicas deben jugar un papel primordial a

la hora de intentar conocer realmente la perspectiva de los usuarios sobre los programas de intervención en drogodependencias (p. ej., expectativas, participación percibida en la toma de decisiones). El conocimiento en profundidad de dicha perspectiva es imprescindible para intentar optimizar dichos dispositivos o centros con el objetivo de que respondan a las necesidades de sus usuarios. La perspectiva de los usuarios no puede –ni debería– reducirse a su satisfacción o no con el tratamiento –ni su participación en la mejora de dichos recursos limitarse a contestar una escala–.

Asimismo, remarcar que sin una voluntad real por parte de los políticos, planificadores, gestores y trabajadores de los centros de atención a las drogodependencias, de conocer dicha perspectiva –y actuar en consecuencia a partir de los resultados obtenidos–, cabe preguntarse hasta qué punto este tipo de evaluaciones y estudios y, especialmente, los referidos a la satisfacción de los usuarios, son realmente un eslabón de un proceso emergente de toma de decisiones compartidas cuyo objetivo es la reorganización real de la práctica asistencial o, por el contrario, son una mera cuestión estética o, incluso, una moda pasajera, de la que apenas se derivan cambios en la práctica asistencial (Trujols y Pérez de los Cobos, 2005).

De hecho, la incorporación como participantes de pleno derecho y en un plano de equidad relacional de los propios usuarios de drogas –y de las asociaciones o plataformas que los agrupan o representan–, no debiera limitarse a la evaluación y mejora de la calidad asistencial. Sus aportaciones al diseño y su participación en el desarrollo e implementación de determinadas intervenciones han sido igualmente relevantes –especialmente en el ámbito de la

reducción de daños¹–.

3. Los programas de reducción de daños y la competencia de las personas usuarias de drogas vía parenteral

La idea misma de que una persona usuaria de drogas por vía parenteral es una persona capaz de decidir –y competente para– reducir los daños individuales y colectivos derivados del consumo de drogas por vía parenteral, diferencia la perspectiva de la reducción de daños de otras perspectivas igualmente presentes en el ámbito del abordaje de las conductas adictivas (Des Jarlais, Friedman y Ward, 1993). Estas perspectivas ajenas a la reducción de daños tienden a enfatizar las limitaciones o déficits en la elección racional atribuidos genéricamente a toda persona dependiente de una sustancia psicoactiva, silenciando, de forma más o menos cómplice, que el contexto socioestructural afecta a la vulnerabilidad de las personas y su capacidad para disminuir los daños (Rhodes, Singer, Bourgois, Friedman y Strathdee, 2005).

Como constata de Andrés (1998), la gran mayoría de equipos que han desarrollado programas de reducción de daños en nuestro país han contactado con multitud de heroinómanos que, aun

1 La reducción de daños puede definirse, globalmente, como el conjunto de las acciones individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos negativos asociados al consumo de drogas (Mino, 2000). Diferentes autores señalan ejemplos concretos de políticas e intervenciones anteriores a la aparición del VIH, remontándose algunos incluso al siglo XIX (Nadelmann, McNeely y Drucker, 1997), claramente englobables en los planteamientos de la reducción de daños, demostrando que no se trata de una perspectiva o abordaje nuevo sino con orígenes anteriores a la epidemia del SIDA (Berridge, 1993; Canadian Centre on Substance Abuse, 1996; Erickson, 1995; Strang, 1993; Strang y Farrell, 1992; Velleman y Rigby, 1990). No obstante, como reconocen Des Jarlais, Friedman y Ward (1993), dicha epidemia ha posibilitado una mayor profundización y elaboración de la perspectiva de reducción de daños y ha sido el principal motivo por el que líderes políticos inicialmente reacios han permitido la implementación de este tipo de programas.

manteniéndose en consumo activo, presentan unas capacidades y unos niveles de competencia para reducir los daños individuales y colectivos derivados de determinadas prácticas de consumo de drogas por vía parenteral, que obligan a modificar la representación estereotipada del adicto a opiáceos como persona no competente. Efectivamente, son múltiples las experiencias y estudios (p. ej., Friedman, Maslow, Bolyard, Sandoval, Mateu-Gelabert y Neaigus, 2004) que muestran como numerosas personas usuarias de drogas por vía parenteral son participantes activas en el proceso de intentar reducir la transmisión del VIH. No obstante, en el presente apartado se desean mostrar otro tipo de ejemplos de la competencia de las personas usuarias de drogas por vía parenteral: las importantes contribuciones que dichas personas y las organizaciones o asociaciones que las agrupan o representan, han realizado al ámbito de la reducción de daños y, más concretamente, al diseño e implementación de muchas de las intervenciones o programas incluidos en dicho ámbito.

La primera iniciativa más o menos sistemática de distribución de jeringas, considerada como antecedente de los posteriores programas de distribución o intercambio de jeringas, fue desarrollada el año 1981 por la *Junkiebond* de Rotterdam—una asociación holandesa de personas usuarias de heroína— (Grund, Blanken, Adriaans, Kaplan, Barendregt y Meeuwssen, 1992a y b) con el objetivo de disminuir la transmisión del virus de la hepatitis B. Asimismo, la citada asociación elaboró en 1984 el primer folleto preventivo en relación al VIH dirigido a personas usuarias de drogas por vía parenteral (Grund, 1996) y Nico Adriaans, uno de los fundadores de dicha asociación, realizó las primeras observaciones sistemáticas de *frontloading* (Grund, 1996)—una práctica utilizada para fraccionar las dosis de drogas consistente en transferir la droga disuelta de una jeringa a otra por su parte

frontal, que supone una forma indirecta de compartir jeringas (Grund, Kaplan, Adriaans y Blanken, 1991; Grund, Kaplan, Adriaans, Blanken y Huisman, 1990; Stark, Müller, Bienzle y Guggenmoos-Holzmann, 1996)–.

Igualmente destacable, en el caso de los programas de intercambio de jeringas, es la participación habitual en tanto que personal del propio programa o en calidad de consultor técnico, de personas usuarias de drogas por vía parenteral en consumo activo (Balian y White, 1999; Grund, Blanken, Adriaans, Kaplan, Barendregt y Meeuwsen, 1992a y b; Henman, Paone, Des Jarlais, Kochems y Friedman, 1998; Nadelmann, McNeely y Drucker, 1997). Como complemento a dichos programas, cabe citar también los programas de recogida comunitaria de jeringas potencialmente contaminadas en zonas de uso público con el objetivo de reducir los riesgos de infección por punción, impulsados y desarrollados en gran medida por personas usuarias de drogas por vía parenteral (Bechich, Martínez, Llorella, Rodés, de Andrés y Delás, 2001; Kerr, Small, Peace, Douglas, Pierre y Wood, 2006).

Asimismo, diferentes estudios (Broadhead, Heckathorn, Grund, Stern y Anthony, 1995a y b; Broadhead, Heckathorn, Madray, Mills y Hughes, 1998) han demostrado no sólo la efectividad de los programas de acercamiento (*outreach*) desarrollados por personas usuarias o exusuarias de drogas por vía parenteral como agentes de salud, sino también su superior eficacia respecto a programas *outreach* más clásicos basados en el trabajo de personal sociosanitario ‘tradicional’.

Cabe destacar también la importante labor de las personas usuarias de drogas por vía parenteral como miembros de equipos de investigación. El acceso privilegiado de dichas personas a otras

usuarias de drogas por vía parenteral que no se hallan en contacto con los diferentes programas de intervención (poblaciones ocultas) y a información sensible difícilmente divulgable a personas que no se consideran pares, ha enriquecido sobremanera la calidad de los datos de numerosas investigaciones y el diseño posterior de estrategias de intervención. No obstante, el éxito de la implicación de personas usuarias de drogas por vía parenteral en la coproducción de investigaciones depende, en gran parte, de la medida en la que los otros investigadores acepten trabajar con dichas personas como colegas al considerar su experiencia de consumo inyectado de drogas como una forma legítima de experticia (Coupland, Maher, Enriquez, Le, Pacheco, Pham, Carroll, Cheguelman, Freeman, Robinson y Smith, 2005). Esta consideración (complementariedad –ausencia de jerarquías– de diferentes formas de conocimiento y actuación) es extrapolable a cualquier intervención desarrollada conjuntamente por personal sociosanitario ‘tradicional’ y personas usuarias de drogas por vía parenteral.

Finalmente, destacar dos acciones desarrolladas por la *Vancouver Area Network of Drug Users* (VANDU) –una asociación canadiense de personas usuarias de drogas– ante vacíos o dilaciones en la respuesta de los organismos locales de salud pública. Ante la constatada dificultad para conseguir jeringas durante la noche, dicha asociación inició el mes de septiembre de 2001 un programa de intercambio de jeringas, sin permiso oficial y en horario nocturno, en una carpa situada en la zona de la ciudad donde se agrupaba un mayor número de personas usuarias de drogas por vía parenteral (Kerr, Small, Peeace, Douglas, Pierre y Wood, 2006; Wood, Kerr, Spittal, Small, Tyndall, O’Shaughnessy y Schechter, 2003). Asimismo, la citada asociación respondió al retraso en la puesta en marcha de

136

la primera sala de venopunción asistida legalmente establecida en Canadá, abriendo sin permiso oficial una gestionada y operada por miembros de la propia asociación (Kerr, Oleson, Tyndall, Montaner y Wood, 2005; Kerr, Small, Peeace, Douglas, Pierre y Wood, 2006).

Antecedentes como los citados no sólo aportan evidencias contrarias al mito de la incompetencia de las personas usuarias de drogas por vía parenteral sino que, como afirman Friedman, Neaigus y Clatts (1997), son ejemplificadores del hecho de que dichas personas actúan a veces de forma más competente que las propias instituciones de salud pública.

Es en este sentido que, de acuerdo con de Andrés, Magrí y Borrás (1996, p. 5), “la organización activa de los consumidores de drogas es un elemento clave para modificar aspectos de la representación social, establecida alrededor de estereotipos y de imágenes culturales que hacen del consumidor de drogas un objeto del cual hablan los otros, siempre de él, pero sin él”. Ejemplos de la autoorganización de personas usuarias de drogas o del desarrollo de asociaciones de usuarios y profesionales en países como Australia, Francia, Estados Unidos, Holanda o Suiza, así como múltiples manifestaciones de su activismo y competencia no sólo en el ámbito de la reducción de daños, pueden hallarse en Borrás, Carbonell, de Andrés, Kjaer, Kempfer, Magrí, Manera, Martínez, Montalvo y Olivet (2000), Crofts y Herkt (1995), de Andrés, Magrí y Borrás (1996), De Groot y Boumans (2000), Friedman (1996), Friedman y Casriel (1989), Friedman, Des Jarlais, Sotheran, Garber, Cohen y Smith (1987), Herkt (1993), Jose, Friedman, Neaigus, Curtis, Sufian, Stepherson y Des Jarlais (1996), Junkie Bund Basel (1995), Jürgens (2005), Stimson y Rhodes (1997), Sufian, Friedman, Curtis, Neaigus y Stepherson (1991) y Woods (1997a y b).

En nuestro medio de referencia, a pesar de la existencia, tal como señalan de Andrés, Magr y Borrs (1996), de factores socioculturales (esencialmente el reciente pasado político del país – en el que se limitaba sobremanera la organización espontánea– y la tendencia a recurrir a estructuras tradicionales de apoyo –la familia sobre todo pero también el vecindario–) que no predisponen a la población general a autoorganizarse –hecho que en el caso de las personas usuarias de drogas representa una dificultad añadida–, han aparecido diferentes iniciativas y experiencias de colaboración horizontal entre usuarios y profesionales, reconocidos ambos como agentes competentes y expertos, que han cristalizado en la formación de asociaciones como la Agrupación de Usuarios y Profesionales en torno al Autobús de Metadona (AUPA’M, 1998) o la Asociación Somos tiles –ASUT– (de Andrés, 1998) e, incluso, una federación de dichas asociaciones (Federación Estatal de Asociaciones de Personas Afectadas por las Drogas, el VIH y Grupos Afines [FAUDAS]; <http://www.faudas.red2002.org.es>).

4. Las asociaciones de personas usuarias de drogas por vía parenteral como movimiento social

La participación de las asociaciones de personas usuarias de drogas por vía parenteral, en tanto que movimiento social con una función abiertamente representativa y política, en la elaboración de las políticas en el ámbito de los usos de drogas ha sido, hasta la fecha, bastante reducida en número de experiencias y de alcance limitado en cuanto a sus resultados. Esta situación no es extrana si se considera que dicha participación, salvo en un reducido número de casos, no sólo no se ha propiciado sino que, en la mayoría de ámbitos geográficos, las instancias y mecanismos encargados de elaborar las

citadas políticas no contemplan dicha posibilidad de participación (al no considerarla legítima, al no reconocer siquiera la existencia de una agenda política en dichas asociaciones o al prohibir explícitamente la posibilidad de organización de las personas usuarias de drogas por vía parenteral).

Las excepciones más destacables a la situación descrita provienen de países como Australia y Canadá. En Australia, desde finales de los años 80, un representante de las personas usuarias de drogas por vía parenteral forma parte de la comisión asesora que desarrolla la Estrategia Nacional sobre el SIDA (Jürgens, 2005). De hecho, dicha estrategia nacional australiana reconoce que el gobierno y la comunidad médico-científica no pueden desarrollar políticas efectivas sin la participación directa de los ‘grupos a riesgo’. Asimismo, en Canadá, representantes de la asociación canadiense VANDU son invitados a participar en diversos grupos y encuentros de planificación política tanto a nivel municipal y provincial como federal, incluyendo el Grupo de Trabajo de Canadá sobre Consumo de Drogas por Vía Parenteral y la Estrategia Nacional sobre el SIDA (Kerr, Small, Peeace, Douglas, Pierre y Wood, 2006). Durante el año 2003, dicha asociación recibió financiación del Programa sobre el VIH/SIDA de la Agencia de Salud Pública de Canadá para propiciar la constitución, capacitar y sostener en diferentes ciudades canadienses asociaciones de personas usuarias de drogas por vía parenteral (Kerr, Small, Peeace, Douglas, Pierre y Wood, 2006).

En otros ámbitos geográficos –y en los citados en momentos iniciales del desarrollo del movimiento social de personas usuarias de drogas por vía parenteral– en los que no se ha propiciado dicha participación, las asociaciones de personas usuarias de drogas por vía

parenteral han tenido que optar por diferentes tipos de actividades reivindicativas de cambios en las políticas en vigor (Henman, Paone, Des Jarlais, Kochems y Friedman, 1998).

5. Conclusiones

Los responsables de los centros y programas de atención a las personas usuarias de drogas, las autoridades sanitarias y los encargados de formular las políticas públicas en el ámbito de las drogodependencias y el VIH/SIDA, tienen la responsabilidad de desarrollar estructuras y procesos dinámicos que propicien la participación de las personas usuarias de drogas por vía parenteral –y de las asociaciones u organizaciones que los agrupan o representan– en la planificación, implementación y evaluación de las políticas e intervenciones en el ámbito de las drogodependencias y el VIH/SIDA. Recomendaciones concretas dirigidas a propiciar dicha participación pueden hallarse en Jürgens (2005) y Southwell (s.f.). No obstante, sin la consideración de las personas usuarias de drogas por vía parenteral como interlocutores válidos –es decir, como participantes de pleno derecho, en un plano de equidad relacional y reconociendo su experticidad basada en la experiencia–, difícilmente pueda desarrollarse el compromiso necesario para la puesta en práctica de dichas recomendaciones.

Asimismo, dado que los derechos de las personas usuarias de drogas no debieran reducirse a sus necesidades de atención y/o tratamiento (Arana y Germán, 2004), esta dinámica dialógica y participativa de incorporación de la perspectiva de las personas usuarias de drogas debería extenderse, tal como sugiere Singer (2004), al debate público y a la elaboración de las políticas sobre drogas.

Es probable que con una mayor participación de las personas usuarias de drogas por vía parenteral en la definición, implementación y evaluación de estrategias, programas, recursos y políticas en el ámbito del abordaje del binomio usos de drogas-VIH, se hubiera evitado en parte el retraso –letal para muchas personas usuarias de drogas por vía parenteral– en la implementación de los programas e intervenciones de reducción de daños en numerosos ámbitos geográficos (p. ej., el Estado español; véase de la Fuente, Bravo, Barrio, Parras, Suárez, Rodés y Noguer, 2003; de la Fuente, Brugal, Domingo-Salvany, Bravo, Neira-León y Barrio, 2006).

Referencias

Arana X, Germán I (2004). Delimitación del status jurídico del ciudadano ‘consumidor de drogas’. Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas. Vitoria: Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

Arnstein S (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35, 216-224.

Aupa’m (1998). Aupa’m. Zaguán, 8, 18.

Balian R., White C (1998). User friendly policies for harm reduction organizations. Manuscrito no publicado.

Bechich S, Martínez M, Llorella G, Rodés A, de Andrés M, Delás J (2001). RECOJE: Recogida comunitaria de jeringas por usuarios de drogas por vía parenteral como complemento a los programas de intercambio. *Gaceta Sanitaria*, 15, 353-355.

Berridge V (1993). Harm minimisation and public health: An historical perspective. En: Heather N, Wodak A, Nadelmann E, O’Hare P, editores. *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science* (pp. 55-64). London: Whurr.

Borrás T, Carbonell J, de Andrés M, Kjaer J, Kempfer J, Magrí N, Manera P, Martínez M, Montalvo J, Olivet F (2000). Asociaciones de usuarios de drogas y personas afines. Madrid: Fundación CREFAT.

Broadhead RS, Heckathorn DD, Grund JPC, Stern LS, Anthony DL (1995a). Drug users versus outreach workers in combating AIDS. Part I: Agency problems in traditional outreach interventions. *International Journal of*

Drug Policy, 6, 178-188.

Broadhead RS, Heckathorn DD, Grund JPC, Stern LS, Anthony DL (1995b). Drug users versus outreach workers in combating AIDS. Part II: Preliminary results of a peer-driven intervention. *International Journal of Drug Policy*, 6, 274-288.

Broadhead RS, Heckathorn DD, Madray H, Mills RJ, Hughes J (1998). The impact results of a peer-driven intervention to combat HIV among drug injectors. Trabajo presentado a la 12th World AIDS Conference. Genève, 28 junio – 3 julio 1998 [resumen 33335].

Calderon C, Soletti J, Gaigi H, Guichard A, Lert F (2002). *Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution: Expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés*. Paris: AIDES.

Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) National Working Group on Policy (1996). *Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

Coupland H, Maher L, Enriquez J, Le K, Pacheco V, Pham A, Carroll C, Cheguelman G, Freeman D, Robinson D, Smith K (2005). Clients or colleagues? Reflections on the process of participatory action research with young injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 16, 191-198.

Crofts N, Herkt D (1995). A history of peer-based drug-user groups in Australia. *Journal of Drug Issues*, 25, 599-616.

de Andrés M (1998). *Contando con la competencia de los usuarios de drogas*. Trabajo presentado a las IX Jornadas Andaluzas de Drogodependencias. Jerez de la Frontera (Cádiz), 30 enero – 1 febrero 1998.

de Andrés M, Magrí N, Borrás T (1996). *Programas de reducción de riesgo. PROYECTO ATLAS* Barcelona: Grup IGIA.

de la Fuente L, Bravo MJ, Barrio G, Parras F, Suarez M, Rodes A, Noguer I (2003). Lessons from the history of the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl), S410-S415.

de la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: Una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 505-520.

De Groot P, Boumans P (2000). La autoorganización de usuarios de drogas. La experiencia del MDHG. En: Díaz M, Romaní O, editores. *Contextos, sujetos y drogas: Un manual sobre drogodependencias* (pp. 321-326). Barcelona:

Grup IGIA, Ajuntament de Barcelona y Fundaci3n de Ayuda contra la Drogadicci3n.

Des Jarlais DC, Friedman SR, Ward TP (1993). Harm reduction: A public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. *Annual Review of Public Health*, 14, 413-450.

Erickson PG (1995). Harm reduction: What it is and is not. *Drug and Alcohol Review*, 14, 283-285.

Friedman SR (1996). Theoretical bases for understanding drug users' organizations. *The International Journal of Drug Policy*, 7, 212-219.

Friedman SR, Casriel C (1989). Drug users' organizations and AIDS policy. *AIDS Public Policy*, 3, 30-36.

Friedman SR, Des Jarlais DC, Sotheran JL, Garber J, Cohen H, Smith D (1987). AIDS and self-organization among intravenous drug users. *International Journal of the Addictions*, 22, 201-219.

Friedman SR, Maslow C, Bolyard M, Sandoval M, Mateu-Gelabert P, Neaigus A (2004). Urging others to be healthy: "Intravention" by injection drug users as a community prevention goal. *AIDS Education and Prevention*, 16, 250-263.

Friedman SR, Neaigus A, Clatts M (1997). Myths about competence: "Drug users are not competent, public health agencies are". Trabajo presentado a la 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Paris, 23-27 marzo 1997.

Grund JPC (1996). In memory of Nico. *The Ombudsman*, 5, 10.

Grund JPC, Blanken P, Adriaans NFP, Kaplan CD, Barendregt C, Meeuwssen M (1992a). Reaching the unreached: An outreach model for 'on the spot' AIDS prevention among active, out-of-treatment drug addicts. En: O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E, editores. *The reduction of drug-related harm* (pp. 172-180). London: Routledge. [Traducci3n castellana editada por Grup IGIA (Barcelona, 1995)].

Grund JPC, Blanken P, Adriaans NFP, Kaplan CD, Barendregt C, Meeuwssen M (1992b). Reaching the unreached: Targeting IDU populations with clean needles via known user groups. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24, 41-47.

Grund JPC, Kaplan CD, Adriaans NFP, Blanken P (1991). Drug sharing and HIV transmission risks: The practice of frontloading in the Dutch injecting drug user population. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23, 1-10.

Grund JPC, Kaplan CD, Adriaans NFP, Blanken P, Huisman J (1990). The

limitations of the concept of needle sharing: The practice of frontloading. *AIDS*, 4, 819-821.

Henman AR, Paone D, Des Jarlais DC, Kochems LM, Friedman SR (1998). Injection drug users as social actors: A stigmatized community's participation in the syringe exchange programmes of New York. *Aids Care*, 10, 397-408.

Herkt D (1993). Peer-based user groups: The Australian experience. En: Heather N, Wodak A, Nadelmann E, O'Hare P, editores. *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science* (pp. 321-330). London: Whurr.

Jose B, Friedman SR, Neaigus A, Curtis R, Sufian M, Stepherson B, Des Jarlais DC (1996). Collective organisation of injecting drug users and the struggle against AIDS. En: Rhodes T, Hartnoll R, editores. *Aids, drugs and prevention: Perspectives on individual and community action* (pp. 216-233). London: Routledge.

Junkie Bund Basel (1995). Principes de base du Junkie Bund Basel. En: Rihs-Middel M, Clerc J, Stamm R, editores. *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: Recueil d'études et d'expériences* (pp. 109-112). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.

Jürgens R (2005). "Nothing about us without us". Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical, and human rights imperative. Toronto, ON: Canadian HIV/AIDS Legal Network.

Kerr T, Oleson M, Tyndall MW, Montaner J, Wood E (2005). A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users. *Journal of Urban Health*, 82, 267-275.

Kerr T, Small W, Peeace W, Douglas D, Pierre A, Wood E (2006). Harm reduction by a "user-run" organization: A case study of the Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU). *International Journal of Drug Policy*, 17, 61- 69.

Lilly R, Quirk A, Rhodes T, Stimson GV (1999). Juggling multiple roles: Staff and client perceptions of key worker roles and the constraints on delivering counselling and support services in methadone treatment. *Addiction Research*, 7, 267-289.

Mino A (2000). Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias. En: Díaz M, Romaní O, editores. *Contextos, sujetos y drogas: Un manual sobre drogodependencias* (pp. 333-368). Barcelona: Grup IGIA, Ajuntament de Barcelona y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Nadelmann E, McNeely J, Drucker E (1997). International perspectives. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editores. *Substance abuse: A comprehensive textbook* (3rd ed., pp. 22-39). Baltimore, MD: Williams and

Wilkins.

Pérez de los Cobos J, Trujols J, Valderrama JC, Valero S, Puig T (2005). Patient perspectives on methadone maintenance treatment in the Valencia Region: Dose adjustment, participation in dosage regulation, and satisfaction with treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 405-412.

Quirk A, Lilly R, Rhodes T, Stimson G (2003). Negotiating a script: The dynamics of staff/client relationships. En: Tober G, Strang J, editores. *Methadone matters: Evolving community methadone treatment of opiate addiction* (pp. 33-43). London: Martin Dunitz.

Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR, Strathdee SA (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine*, 61, 1026-1044.

Singer M (2004). Why is it easier to get drugs than drug treatment in the United States? En: Castro A, Singer M, editores. *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination* (pp. 287-301). Walnut Creek, CA: Altamira Press.

Singer M (2006). Research-informed policy: our most critical unresolved issue in AIDS. *Substance Use & Misuse*, 41, 831-832.

Sofaer S, Firminger K (2005). Patients perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26, 513-559.

Southwell M (s.f.). A guide to involving and empowering drug users. Public draft 2. London: National Treatment Agency for Substance Misuse. Recuperado el 30 de agosto de 2013, de <http://canadianharmreduction.com/node/787>.

Stancliff S, Myers JE, Steiner S, Drucker E (2002). Beliefs about methadone in an inner-city methadone clinic. *Journal of Urban Health*, 79, 571-578.

Stark K, Müller R, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann I (1996). Frontloading: A risk factor for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin. *AIDS*, 10, 311- 317.

Stimson GV, Rhodes T (1997). Conditions for the successful implementation of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 16, 178-179.

Strang J (1993). Drug use and harm reduction: Responding to the challenge. En: Heather N, Wodak A, Nadelmann E, O'Hare P, editores, *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science* (pp. 3-20). London: Whurr.

Strang J, Farrell M (1992). Harm minimisation for drug misusers: When second best may be best first. *British Medical Journal*, 304, 1127-1128.

Sufian M, Friedman SR, Curtis R, Neaigus A, Stepherson B. (1991). Organizing as a new approach to AIDS risk reduction for intravenous drug users. *Journal of Addictive Diseases*, 10, 89-98.

Tritter JQ, McCallum A (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76, 156-168.

Trujols J, Pérez de los Cobos J (2005). La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: Una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones*, 17(Suppl 2), 181-204.

Trujols J, Salazar JI, Salazar I (1999). Los usuarios de drogas como ciudadanos: Los programas de reducción de daños. En: Becoña E, Rodríguez A, Salazar I, editores. *Drogodependencias V. Avances* (pp. 343-378). Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.

Velleman R, Rigby J (1990). Harm-minimisation: Old wine in new bottles? *International Journal of Drug Policy*, 1, 24-27.

Wood E, Kerr T, Spittal PM, Small W, Tyndall MW, O'Shaughnessy MV, Schechter M (2003). An external evaluation of a peer-run "unsanctioned" syringe exchange. *Journal of Urban Health*, 80, 455-464.

Woods JS (1997a). A voice for methadone maintenance patients. *Journal of Maintenance in the Addictions*, 1, 135-136.

Woods JS (1997b). Advocacy: The voice of the consumer. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editores. *Substance abuse: A comprehensive textbook* (3rd ed., pp.865-871). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

4. FORMACIÓN DE PARES EN EL MODELO ECO²

JUAN MACHÍN

Red Mexicana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social (REMOISSS)

Antecedentes

ECO² es un metamodelo, es decir un modelo para construir modelos de intervención en situaciones de sufrimiento social, que es fruto de una investigación en la acción desarrollada, en un primer momento, de 1995 a 1998 por organizaciones de la sociedad civil mexicana,¹ con apoyo financiero de la Unión Europea, del gobierno alemán y Deutscher Caritasverband, con la asesoría de expertos internacionales y profundos conocedores de la realidad latinoamericana.²

El nombre “ECO²” es un juego de palabras, a partir de las primeras letras de sus elementos esenciales: Epistemología de la Complejidad (E CO), Ética y Comunitaria (E CO), por lo tanto, ECO². ECO hace referencia también a la raíz griega que significa “Casa”, aludiendo a procesos de inclusión social. Con “Epistemología de la complejidad” hacemos referencia a un metanivel que nos brinda la posibilidad de enlazar aportes que diversas ciencias³ (antropología, sociología, psicología social, psicoanálisis, ciencias de la complejidad, etcétera) hacen para entender la realidad humana (las personas, los grupos,

1 Hogar Integral de Juventud, Centro Juvenil de Promoción Integral y Cultura Joven.

2 Roberto Merlo, Efre Milanese y Brigitte Laffay.

3 Aunque mantenemos las etiquetas divisorias convencionales, estamos convencidos con Wallerstein de que debemos abrir e impensar las ciencias humanas cf. Wallerstein, Immanuel, 1996. Abrir las Ciencias sociales. Siglo XXI CIICH-UNAM, México. Wallerstein, Immanuel, 1998. Impensar las Ciencias sociales. Siglo XXI CIICH-UNAM, México.

las comunidades y fenómenos como las farmacodependencias, las situaciones de calle, etcétera). Con “Ética y Comunitaria” apuntamos a las dos opciones de base en la intervención: el énfasis en las dimensiones comunitarias y la promoción de los derechos humanos, el respeto a la dignidad de las personas y las comunidades, por lo tanto, la exigencia de buscar limitar y contrarrestar los fenómenos de exclusión y sufrimiento social, de manera profesional. Implica, así mismo, el reconocimiento y la reflexión, por parte de quienes intervenimos, de nuestras propias motivaciones, limitaciones, errores y la necesidad de evaluación y supervisión constante.

ECO² actualmente es el marco teórico y metodológico en el que se han formado miles de personas de cientos de organizaciones de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Uruguay. La participación de cada una de estas organizaciones y experiencias ha enriquecido enormemente al ECO², que ha ido ampliando su campo de aplicación, rebasando el marco de las farmacodependencias y utilizándose en una gran variedad de campos de la atención de las situaciones de sufrimiento social como son: personas consumidoras de sustancias psicoactivas (SPA), personas con SIDA o VIH+, adolescentes en conflicto con la ley penal, personas en situación de calle, indígenas migrantes, personas que sufren exclusión social grave, personas privadas de libertad, jóvenes estigmatizados, etcétera. En cada uno de estos países se han constituido redes que se han articulado en una gran red de redes llamada Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS).

De esta manera, gracias la convergencia y sinergia de múltiples actores (personas y grupos de comunidades locales, Organiza-

ciones de la Sociedad Civil (OSC), financiadoras internacionales, gobiernos) se ha podido implementar un sistema en red de formación de recursos humanos en el metamodelo ECO² y, a través de éste, la sistematización de la práctica de múltiples OSC, con un marco teórico y metodológico común, que incluye el uso de instrumentos estandarizados para el registro, organización, síntesis y análisis de la información⁴. Asimismo se ha conseguido crear puentes entre la ciencia y la práctica a partir de la sistematización de diversas intervenciones sociales, su traducción a marcos científicos y, a su vez, en términos de políticas públicas basadas en evidencia. Por ejemplo, la exitosa experiencia de la Fundación Procrear y Corporación Viviendo en Colombia que desarrollaron el modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas, dentro de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas,⁵ el desarrollo del modelo ACIA (Acompañamiento Comunitario Integral de Adolescentes) por parte de la Dirección ejecutiva de tratamiento a adolescentes en conflicto con la ley del gobierno del Distrito Federal, México,⁶ la adopción del modelo ECO² para la intervención en prevención y reducción de daños en todos los Centros de atención primaria en adicciones por parte del Instituto mexiquense contra las adicciones en el Estado de México, la construcción con Lua Nova de experiencias de integración comunitarias en la política de abordaje de los usuarios de *crack* y otras drogas por parte del gobierno brasileño o el Proyecto de implementación de dispositivos de inclusión social de base comunitaria en el abordaje del consumo problemático de drogas por la Junta Nacional de Drogas de Uruguay en 2010, por mencionar algunos.

4 Milanese, Merlo & Laffay: 2001: 309-435; Milanese: 2009:197-257

5 Fergusson y Góngora: 2007

6 Sistema Integral de Justicia para Adolescentes: 2009

En esencia, la aplicación del metamodelo ECO² consiste en desarrollar, a partir de un marco teórico y metodológico, un proceso de formación en la acción de un equipo de agentes sociales para que, en un contexto determinado, lleven a cabo una investigación en la acción, que les permita construir un modelo de intervención sobre algún fenómeno de sufrimiento social específico, en base a un diagnóstico en profundidad y el diseño de una estrategia, así como para contar con elementos para ejecutarla y evaluarla.

El equipo de trabajo está formado por operadores externos, promotores de la comunidad y operadores pares (es decir, personas que forman parte del grupo diana o población beneficiaria del proyecto o programa de la institución que interviene: por ejemplo, personas consumidoras de sustancias psicoactivas, trabajadoras sexuales, en situación de calle, etcétera).⁷ El metamodelo ECO² propone que este equipo trabaje en conformarse como una minoría activa⁸ como parte del desarrollo de la estrategia de intervención. Por su misma formación y organización, el equipo está orientado hacia el cambio de la comunidad en el sentido del gradiente de mayor complejidad efectiva,⁹ incidiendo principalmente en la modificación de representaciones sociales¹⁰ y articulando una red de recursos comunitarios.

Premisas

Un programa de formación coherente con una epistemología de la complejidad y una base ética y comunitaria debe satisfacer una lógica de red y, por lo tanto, debe favorecer que las personas pue-

7Milanese: 2009: 48, Milanese: 2012: 47

8 Moscovici: 1991

9 Gell-Mann:1998

10 Moscovici: 1993

dan percibirse recíprocamente como seres autónomos, no banales, en el sentido de la cibernética de Von Foerster.¹¹ Una educación de este tipo consiste en aprender a hacer preguntas legítimas, es decir preguntas que tengan respuestas desconocidas, y en descubrir que es posible desarrollar procesos donde cuando A está mejor, también B está mejor¹². También que la formación no es ni un derecho, ni un privilegio, sino una necesidad. Sin embargo, en general la educación está orientada a que los alumnos memoricen respuestas a preguntas ilegítimas o pseudo-respuestas a preguntas legítimas. Esto no quiere decir que en ocasiones no sea necesaria la memorización, el problema es cuando la educación se ve reducida a eso. Roberto Merlo, uno de los teóricos del modelo ECO², diferencia entre *información, conformación y formación*¹³ y hace notar que no es casual que en la raíz de las tres palabras se encuentre el concepto de forma y cómo, si bien en todas se pone como objetivo el cambio, cada proceso asume una posición diferente respecto a la forma. Así, en la información (del latín *in*, hacia adentro, y *formatio*, derivado de forma) existe una forma preconstituida: la de la persona a quien se informa (considerada análoga a un recipiente), que los informadores no buscan modificar, sino aprovecharla para volcar dentro contenidos (informaciones) que

11 Von Foerster, Heinz. "Las semillas de la cibernética". Gedisa. Barcelona, España. 1991. pp. 198-199

12 Podemos decir que se trata de juegos de suma no cero. Para ver ejemplos de procesos de juego suma cero, cf. Machín, Juan. "¡¡¡¡Páaseeele al Circoooo!!!! Construcción social de dinámicas de organización comunitaria en las relaciones de jóvenes con otr@s protagonistas de lo cotidiano en comunidades urbano populares de la cd. de México". Número 8. Centro de investigación y estudios de juventud del Instituto Mexicano de la Juventud. México, D.F. 2000.

13 Cfr. Merlo, Roberto. "Riproduzione, conformazione o formazione", in *Pratica Sociale*, n. 3-4-, Bergamo, Diciembre 1988. Merlo, Roberto. "Formazione, negoziazione, valutazione", in *Servizi Sociali*, Anno XVII n. 3. 1990. Merlo, Roberto. "Quando la Gente apprende la solidarietà", in *Dei Delitti e Delle Pene*, Anno 1, n. 1, Ega, Torino, 1991. Milanese, Efrem; Merlo, Roberto; Laffay, Brigitte. "Prevención y Cura de la Farmacodependencia. Una propuesta comunitaria". Plaza y Valdés & Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias. México, D.F. 2001

se consideran importantes (por ejemplo, las respuestas de las preguntas ilegítimas): así, lo que cambia es solamente el contenido. En la conformación (del latín *conformare*, dar la misma forma, hacer concordar una cosa con otra) se busca producir formas iguales a una preconstituida (por ejemplo, la de personas que aceptan aprender las respuestas de las preguntas ilegítimas). Por último, en la formación (de *formare*, dar forma) se reconoce que existen formas preconstituidas pero que éstas no son un postulado (ni como modelo ejemplar, al que uno tiene que parecerse, ni como recipiente, en el interior del cual se puede volcar algo), sino un punto de partida, en una relación recursiva entre forma y contenido. Algo similar a la relación que se establece en un río entre el agua y el cauce o en el famoso grabado de Escher de la mano que dibuja la mano que la dibuja. De esta manera se entiende que la formación implica información y conformación, pero no se limita a éstas, son transiciones o pasajes de la formación. Bateson clasificó, empleando la Teoría de Tipos Lógicos de Russell, al aprendizaje de la siguiente manera. *Aprendizaje Cero*, determinado máximamente por factores genéticos, sin capacidad de ensayo y error, mecánico, repetitivo y estereotipado. *Aprendizaje I* (o “protoaprendizaje”): cambio en el proceso de aprendizaje cero, habituación, condicionamiento clásico o skinneriano, donde existe una revisión de una pauta dentro de un contexto inmodificado. *Aprendizaje II* (o ‘deuteroaprendizaje’): cambio en el proceso de aprendizaje I, caracterizado por el pasaje de pautas de un contexto a otro, aprendizaje del ‘contexto del contexto’; base de la ‘experiencia’. *Aprendizaje III*, cambio en el proceso de aprendizaje II, implica una reorganización de todo el sistema, cambio ‘catastrófico’, aprendizaje del contexto del contexto del contexto. *Aprendizaje IV*, cambio en el proceso de aprendizaje III, combinación de la filogénesis con la ontogénesis. Según Bateson, los

seres humanos accedemos al nivel I o al II, excepcionalmente al III. Cada nivel implica un salto a un tipo lógico superior.¹⁴

La formación, en el esquema de Bateson, corresponde a un tipo lógico superior al de la información y la conformación y estaría orientada a aprendizajes del nivel II o III.

El Modelo ECO² de formación en el Modelo ECO²

No es un error el subtítulo de esta sección. Queremos mostrar con él el carácter recursivo, no lineal, del modelo de formación del Modelo ECO², que se basa en las siguientes premisas:

1. ***La formación en el modelo ECO² debe ser realizada con el modelo ECO²***

1. a. El modelo ECO² (que incluye el modelo de formación) surge a partir de la investigación en la acción (acción que incluía la formación de equipos) y se actualiza con los aportes de las organizaciones en formación que están realizando investigación en la acción aplicando el modelo ECO².

1. b. El marco teórico-metodológico de la formación es el mismo que el de la intervención. En términos de la reflexión que hicimos antes sobre información, conformación y formación, podemos decir que la forma de la formación (del proceso formativo) y la forma que se persigue (aunque no esté bien definida de antemano y generalmente consista sólo en un conjunto de hipótesis interconexas) son isomórficas, y, en ambos casos, están referidas al modelo ECO².

14 Cf. Bateson, Gregory. "Pasos hacia una ecología de la mente". Carlos Lohlé. Buenos Aires, Argentina. 1976. pp. 309-337.

1. c. En el modelo ECO² nos planteamos como uno de los objetivos transversales incidir en el complejo cambio/persistencia en la forma de existencia de sujetos en sus sistemas de relaciones y sus fronteras. Hablamos de complejo cambio/persistencia porque todo proceso que produce cambios se enfrenta y tiene que medirse con las persistencias, al mismo tiempo se pretende que el cambio mismo persista (así como que el sistema sea preservado). Así la persistencia implica, por un lado, resistencias al cambio y, por otro, los procesos que tienden a hacerlo estable. Es importante introducir este elemento, porque a menudo, cuando se trata de verificar el resultado de un proceso, se mide exclusivamente el tipo y el tamaño del cambio. Por el contrario, el modelo ECO² reconoce que persistencia y cambio son dos elementos ineludibles en todo proceso: su finalidad es entonces el cambio y también la persistencia. Si no fuera así, el cambio coincidiría con la eliminación de la alteridad respecto al cambio y, por lo tanto, a las mismas posibilidades de cambio: equivaldría a la destrucción del sistema o cambiar para no cambiar, porque el cambio en el interior de los sistemas complejos se realiza por medio de la transformación de partes que no comprometen la posibilidad de mantener su organización interna. Tratar de cambiar todo significa no cambiar nada o destruir el sistema.

1. d. El modelo ECO² busca facilitar, tanto en los procesos de formación como en las otras modalidades de intervención, que las personas, grupos, redes sociales o comunidades no pierdan posibilidades, ni vínculos, sino propiciar el que aprendan a aprender a cambiar/permanecer siempre siguiendo un gradiente en el sentido de una mayor complejidad, hasta el punto de poder aplicar el ciclo de la alteridad siempre más como posibilidad que como amenaza. En este

sentido un elemento transversal a las intervenciones son los procesos formativos como método de trabajo.

1. e. En el modelo ECO² la intervención también tiene como finalidad establecer una relación dialógica con el error, es decir, introducirlo como elemento esencial del aprendizaje, del cambio. Se trata de considerarlo como información, como aquello que no coincide con las previsiones que se habían hecho al empezar el proceso. De esta manera, cambia la postura ante la incertidumbre, la casualidad, lo imprevisible, el ruido y el desorden: de ser todo aquello que buscamos erradicar pasan a ser elementos esenciales de la formación, en coherencia con la enseñanza de Bateson en el sentido de que el aprendizaje es un proceso estocástico,¹⁵ es decir, que combina un componente aleatorio con un proceso selectivo, de manera que solamente algunos resultados del componente aleatorio puedan perdurar. Se trata de aprender la lógica de la sorpresa, de esperar lo inesperado, la abducción de que hablaba Charles S. Peirce.

2. La formación en el modelo ECO² está dirigida a la formación de equipos de agentes sociales.

2. a. Los destinatarios directos de la formación son equipos de personas que laboran en organizaciones que intervienen en situaciones de sufrimiento social y no personas aisladas. Una persona sola no puede realizar una intervención comunitaria de prevención, reducción de riesgos y daños, tratamiento, reinserción, formación, etcétera. La complejidad de los sistemas sobre los que se pretende intervenir exige que las responsables de la intervención sean organizaciones que trabajen como sistemas complejos adaptativos.¹⁶ Esta es una de

15 Bateson, Gregory. "Espíritu y naturaleza". Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. 1993.

16 Gell-Mann, Murray. "El Quark y el Jaguar. Aventuras en lo simple y lo complejo". Tus-

las razones por las que los equipos deben ser complejos y transdisciplinarios, es decir, con perfiles heterogéneos que incluyan operadores pares, promotores de las comunidades, profesionales de diversas disciplinas. Esto plantea la necesidad de formarse en una epistemología de la complejidad que permita relativizar el propio saber para adquirir la posibilidad del diálogo, construir comunidades de aprendizaje e instrumentos de trabajo en común (el equipo (insistimos que es el principal instrumento de trabajo), un lenguaje compartido, algunos puntos teórico-metodológicos de contacto, etcétera).

2. b. Subrayamos que la formación es de equipos o grupos de trabajo. Esto es consecuencia del marco teórico-metodológico del modelo ECO²: las personas en formación, constituyen nodos de una red que debe construirse como grupo de trabajo,¹⁷ lo que implica que deben conocer y manejar la teoría de redes sociales, la teoría psicoanalítica de grupos, etcétera. El aprendizaje de la modalidad de trabajo de grupo no puede hacerse más que formándose en grupo. El equipo es el principal instrumento de trabajo que permite a las personas construir un contexto de seguridad que haga posible una constante verificación de su propio sistema de conocimiento (epistemología) y de su actuar. Esto se complementa con la supervisión al equipo (que está contemplada en el modelo a tres niveles: técnico, grupal, institucional), para evitar riesgos de auto-referencialidad, superar mecanismos de autoengaño y permitir una meta-verificación. Además, se trata de favorecer que el equipo sirva como escenario de los conflictos y de las dinámicas de la comunidad y no que la comunidad se convierta en el escenario de las dinámicas y de los conflictos del equipo.

quets Editores. Barcelona, España. 1998

17 Cf. toda la bibliografía existente sobre la dinámica grupal, en particular los aportes de Bion, Käs, Anzieu.

2. c. La formación de equipos implica que cada una de las organizaciones tiene que enviar a formación preferentemente a grupos de personas. La formación en el modelo ECO² se ofrece *simultáneamente* en diferentes modalidades (talleres, diplomados, especialidades) y para diferentes perfiles de personas: promotores comunitarios, operadores pares, educadores, voluntarios, profesionistas de diferentes disciplinas y diferente grado académico (desde pasantes de licenciatura hasta doctorados), directivos (presidentes de patronatos o consejos directivos, directores, coordinadores, jefes de área o proyecto, etcétera) de manera que se pueda incidir en la estructura completa de la organización.

3. ***La formación en el modelo ECO² es una formación en la acción***

3. a. Como mencionamos antes, el modelo de formación surge de una investigación en la acción y la acción misma es la base de la formación. Partimos del convencimiento de que el hacer es una experiencia de aprendizaje en la medida en la que, por medio de sistemas de corrección de errores, es posible intervenir sobre la epistemología que el sujeto y el grupo ha utilizado antes de cometerlo. La formación en la acción, como sistema de autocorrección, incluye tres grandes procedimientos:

(i) Alternancia entre laboratorio y realidad. El material de la experiencia (que emerge de la acción de campo y de la acción de laboratorio) se retoma y analiza en las sesiones, por medio de simulaciones y discusión. Utilizando también lo que va sucediendo en el proceso de formación de cada uno de los módulos y transversalmente a ellos.

(ii) Autoevaluación. Se aplica un sistema de monitoreo de la construcción de la imagen de sí, de la imagen idealizada de sí y de la demanda de formación de las personas en formación, proporcionándoles una retroalimentación de su proceso

(iii) Focalización muy fuerte en el trabajo de equipo. Nuevamente subrayamos la importancia de la construcción de un equipo de trabajo (punto 2), transdisciplinario y que sea capaz de comunicarse eficazmente en áreas comunes de acción. En este contexto, el equipo de trabajo se transforma en un grupo de formación que se conforma como metanivel, donde la realidad exterior es representada y permite que se reflexione sobre ella y sobre cómo la viven. Este actuar y reflexionar al mismo tiempo,¹⁸ es uno de los asuntos de base fundamentales para todos aquellos que desean intervenir sobre la realidad con un objetivo de cambiarla. Además, el modelo contempla que la formación en aula se complementa con la supervisión profesional a los equipos *in situ* y la evaluación continua de los procesos y tareas institucionales (ver también punto 2.b).

3. b. La formación en la acción se propone también para evitar el riesgo de que al final del proceso se hayan formado personas muy equipadas conceptualmente pero totalmente incapaces de aplicar lo que han aprendido en un contexto real.

3. c. La formación en el modelo ECO² necesariamente tiene que ser en la acción porque el mismo modelo se va modificando con los aportes de la acción de quienes se forman (ver punto 1.b).

¹⁸ Hemos encontrado muy a menudo que las organizaciones, equipos y personas asumen comportamientos isomorfos a los de las situaciones con las que trabajan. En este sentido es muy común que se dé una escisión entre pensamiento y acción, entre formación y práctica.

4. *La formación en el modelo ECO² es una formación en procesos no lineales*

4. a. Una formación que implica los puntos 1,2,3 y 5 no puede pensarse como un proceso secuencial que rígidamente recorre estadios pre-definidos de manera lineal de un menos a un más: de lo simple a lo complejo, de las partes al todo, de un no saber a un saber, de la ignorancia a la sabiduría. La lectura misma de todos los puntos nos habla de la formación como un proceso rizomático,¹⁹ hipertextual, recursivo, no lineal.

4. b. Los equipos y las organizaciones están conformados por personas con competencias y conocimientos muy heterogéneos, así que un proceso de formación común tiene que diseñarse de maneras muy flexibles, adaptables a diferentes contextos institucionales, en un dispositivo muy parecido a un tianguis, es decir, un tipo de mercado tradicional existente en Mesoamérica desde tiempos prehispánicos, donde las personas realizan trueques según sus diferentes intereses y de acuerdo a sus diversas posibilidades. Por lo que el proceso se desarrollará en el tiempo más como un fractal que como una línea y tiene necesidad de redundancia, ejercicio, repetición, etc. e implica, por lo tanto, tiempo. Así mismo, la formación necesariamente debe asumir una modalidad como la descrita en los puntos 1, 2, 3 y 5.

5. *La formación en el modelo ECO² implica una ética de la formación y de la intervención*

5. a. Los sujetos de la intervención de comunidad son, por definición, los elementos de la comunidad misma; en esto el equipo

¹⁹ Deleuze, Gilles & Guattari, Félix. "MII mesetas. Capitalismo y esquizofrenia". Pre-textos. Valencia, España. 2000

que interviene es un facilitador de los procesos, no el conductor de los procesos. Esto implica que una fuerte diferencia de saber puede producir una fuerte diferencia de poder, y ésta puede anular la posibilidad que se dé una condición de igualdad y, por lo tanto, de facilitación de procesos. Esto evidencia la necesidad para realizar una intervención de formarse en una ética de la intervención.

5. b. El modelo hace explícito la existencia de una relación de isomorfismo, también, entre la formación de la ética y la ética de la formación.

5. c. El que cometemos errores en la intervención es la única seguridad que tenemos, por lo que el hecho de introducirlos en nuestra formación y aprender de ellos, es un requisito ético de la formación, lo mismo que analizar nuestras motivaciones profundas, evaluar, etc.

5. d. En síntesis: volvamos al punto 1.

Formación de pares en el Modelo ECO²

Cuando hablamos de la formación de pares en el Modelo ECO², entendemos su participación en dos sentidos: por un lado, como actores que se forman en las diferentes modalidades (cursos, talleres diplomados, incluso postgrados (hasta ahora especialidades)²⁰, etcétera) junto con los otros agentes sociales con quienes conforman los equipos de trabajo, es decir, su formación como operadores, y, por otro lado, como co-responsables de procesos formativos dirigidos a pares que no forman parte de los equipos, aunque también pueden

²⁰ Como mencionamos antes (punto 4.b), en una lógica de tianguis... Si bien el reconocimiento oficial de una especialidad sólo es posible si se tiene acreditada previamente la licenciatura, las personas operadoras pares pueden participar perfectamente en las especialidades.

acompañar (como co-responsables o no) procesos formativos con otros actores de la comunidad.

Existe en RAISSS una gran cantidad de experiencias y modalidades tanto de formación de los operadores pares como de procesos formativos en los que participan los operadores pares. Cinco de estas experiencias fueron sistematizadas en un libro compilado por UNESCO²¹ y las retomamos aquí, sólo con fines de ejemplificación: se trata de Fundación Procrear (proyecto “El Parche” en la Zona Roja de Bogotá, Colombia), Lua Nova (en dos barrios marginales de Sorocaba, estado de São Paulo, Brasil), Reciclarazo (Plaza Cornelia en São Paulo, Brasil), Hogar Integral de Juventud (proyecto “La Carpa” en la Plaza de La Soledad en el centro de la Ciudad de México) y Humanitas (en el centro de San José, Costa Rica). En las cinco organizaciones el porcentaje de operadores pares es significativo: van del 50% al 70%. En todas las intervenciones el objetivo es reducir las situaciones de exclusión social grave y sufrimiento social, así como la vulnerabilidad para alcanzar medios de subsistencia sostenibles, y por lo tanto, el restablecimiento de derechos y la búsqueda de autonomía.

Entre los principios que comparten estas experiencias se encuentran: construir un diagnóstico profundo que permita entender mejor la dinámica comunitaria y las necesidades de las personas en situaciones de sufrimiento social y trabajar con ellas para lograr cambios sostenibles, principalmente a través del cambio de las representaciones sociales y las dinámicas relacionales en las comunidades, pero también articulando redes de servicios, impulsando procesos formativos de pares que permitan el acceso a la educación básica, en especial para quienes no han tenido acceso a la educación for-

21 UNESCO (2007). Otra manera de aprender... Estudios de caso. París: UNESCO.

mal, proporcionando información fácil de comprender a través de los operadores pares, como un mecanismo para complementar o brindar alternativas a la educación formal, acompañamiento de las personas desde un enfoque de derechos y promoción de su ciudadanía. Se aborda la intervención desde un enfoque integral, de tal manera que se busca responder a situaciones derivadas, por ejemplo, del consumo problemático de ciertas sustancias psicoactivas o asociadas al VIH y al SIDA, mediante el uso de prácticas innovadoras que fortalecen el vínculo entre prevención, reducción de riesgos y daños, tratamiento, cuidado y apoyo, como elementos articulados e indisolubles.

La participación de los operadores pares es fundamental para que el resto del equipo pueda comprender más cabalmente tanto los recursos y potencialidades como las necesidades y problemáticas que viven las personas en situaciones de sufrimiento social. Permite también la mejor participación en los procesos formativos para que puedan ejercer sus derechos y mejorar su calidad de vida y aumentar su autonomía, por ejemplo, la comprensión de cierta información básica necesaria o el entrenamiento en ciertos procedimientos esenciales para el auto-cuidado y el desarrollo de su ciudadanía. De esta manera, las personas operadoras pares sirven de traductores competentes.

Por otro lado, de acuerdo a la ciencia de las redes sociales, las personas operadoras pares sirven como puentes para superar los llamados hoyos estructurales por Burt, permitiendo la conexión de subsistemas que de otra manera estarían desconectados, aumentando la complejidad efectiva del sistema y favoreciendo en ambas vías el flujo de información no redundante, es decir, permitiendo el aprendizaje, la innovación y transformaciones positivas y sustentables.

Por supuesto, además de estas intervenciones es necesario desarrollar políticas públicas más adecuadas, y en este sentido las personas operadoras pares sirven también de portavoces, le dan voz a los sin voz. En la formulación de políticas públicas es fundamental respetar el principio de la participación activa de las personas directamente afectadas por esas políticas.

De esta manera, con estas experiencias, poco a poco, se ha ido construyendo un mundo donde quepan muchos mundos.

Referencias

Anzieu, D. (1986). El grupo y el inconsciente. Madrid: Biblioteca Nueva España.

Bateson, G. (1976). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Carlos Lohlé.

Bateson, G. (1993). Espíritu y naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu.

Bion, W. (1994). Experiencias de grupos. Barcelona: Paidós.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2000). Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia. Valencia: Pre-textos.

Fergusson, S. y Góngora, A. (2007). Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Documento técnico. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Gell-Mann, M. (1998). El Quark y el Jaguar. Aventuras en lo simple y lo complejo. Barcelona: Tusquets Editores.

Hall, E. (1972). La dimensión oculta. México: Siglo XXI

Käes, R. (1995). El grupo y el sujeto del grupo. Buenos Aires: Amorrortu.

Lomnitz, Larissa (1989). Cómo sobreviven los marginados. México: Siglo XXI.

Machín, J. y Molina, H. (1987). Principios de Metageofísica. México: UNAM.

Machín, J. (2000). "¡¡¡¡Páaseee al Circoooo!!!! Construcción social de dinámicas de organización comunitaria en las relaciones de jóvenes con

otr@s protagonistas de lo cotidiano en comunidades urbano populares de la cd. de México”, pp. 119-132. En Milanese, E. y Merlo, R. (ed.). Miradas en la ciudad: métodos de intervención juvenil comunitaria. Colección JOVENES. Número 8. México: Centro de investigación y estudios de juventud del Instituto Mexicano de la Juventud.

Machín, J.; Velasco, M.; Silva, E.; Moreno, A. (2010). ECO2 ¿Un modelo de incidencia en políticas públicas? Estudio de caso de la REMOISSS. México: Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas.

Machín, J. (2011). Redes sociales e incidencia en políticas públicas. Estudio comparativo México-Colombia. México: Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas.

Merlo, R. (1990). “Formazione, negoziazione, valutazione”. Servizi Sociali, anno XVII. núm. 3.

Merlo, R. (1998). “Riproduzione, conformazione o formazione”. Pratica Sociale. núm. 3-4.

Milanese, E.; Merlo, R. y Laffay, B. (2001). Prevención y Cura de la Farmacodependencia. Una propuesta comunitaria. México: Plaza y Valdés & Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias.

Milanese, E. (2009). Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave. México: Plaza y Valdés & Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias.

Moscovici, S. (1981). Psicología de las Minorías Activas. Madrid: Morata.

Moscovici, S. (ed.). (1993). Psicología social. Tomo II. Barcelona: Paidós.

Sistema Integral de Justicia para Adolescentes (2009). Navegando en libertad. Memoria. Gobierno del Distrito Federal: México.

Von Foerster, H. (1991). Las semillas de la cibernética. Barcelona: Gedisa.

Wallerstein, I. (1996). Abrir las Ciencias sociales. México: Siglo XXI CIICH-UNAM.

Wallerstein, I. (1998). Impensar las Ciencias sociales. México: Siglo XXI CIICH-UNAM.

Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., Blachman, M., Dunville, R., & Saul, J. 2008. “Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation”. American Journal of Community Psychology, 41(3-4), 171-181

5. EDUCACIÓN ENTRE PARES EN UN SERVICIO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS: LA EXPERIENCIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD FEDERAL DA BAHÍA, BRASIL

Andrade, T. M*; Chagas, M. C. G.* e Mejía, C. O. C.*

*Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti/ Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia

“A cabeça pensa onde os pés pisam.”

(Dictado popular).

El contexto

La experiencia que va a ser relatada en este capítulo tiene como localización geográfica la ciudad de Salvador, capital del estado de Bahía – Brasil. Las acciones descritas son desarrolladas por la Aliança de Reducción de Daños Fátima Cavalcanti (ALIANÇA), un Servicio de Extensión Permanente del Departamento de Salud de Familia de la Facultad de Medicina da Bahía (FMB) de la Universidad Federal da Bahía (UFBA), situada en el Centro histórico de Salvador.

Ubicada en el interior de la primera facultad de medicina de Brasil, la ALIANÇA comparte el mismo espacio físico con las actividades académicas y administrativas allí desarrolladas, además de la convivencia con los profesores, trabajadores y estudiantes. Su principal área de actuación es el propio Centro Histórico donde la facultad está localizada, en particular el Pelourinho, primer mercado de esclavos del continente americano. Con sus edificios coloniales - en 1985 fue declarado Patrimonio Mundial de la Humanidad por la UNESCO – originalmente fue habitado por familias poderosas, pero

con las transformaciones históricas se convirtió en el territorio de una población socialmente excluida, con significativa población que vive en las calles y gran concentración de consumo y tráfico de drogas.

Otro punto importante para contextualizar se refiere al Sistema Único de Salud (SUS) Brasileño, creado en 1988 y resultado de un gran logro social. Con el SUS la Salud, en todos sus aspectos, pasó a ser deber del Estado y derecho de los ciudadanos. Diseñado para ser universal, jerárquico y descentralizado, el SUS se divide en niveles crecientes de complejidad, siendo la atención primaria, representada por la Estrategia de Salud de Familia (ESF), su puerta de entrada (Nascimento, 2007).

La ciudad de Salvador está dividida en doce grandes áreas llamadas Distritos Sanitarios, los cuales se constituyen como la unidad más pequeña del territorio o de la población, adecuado para el proceso de planificación y gestión de la Secretaria Municipal de Salud (SMS). Esos territorios con sus aspectos epidemiológicos, sanitarios y poblacionales subsidian el alquiler de los Dispositivos de Salud. Las Unidades de Salud de la Familia se implantan en los Distritos Sanitarios (Brasil, 2009). El Centro-histórico es el Distrito Sanitario donde las acciones de campo de la ALIANÇA se concentran, aunque ellas también sean desarrolladas en los otros once Distritos.

Este primer nivel de atención, de baja densidad tecnológica pero de alta complejidad, debe responder al 85% de las necesidades en salud de la población. Las unidades de Salud de la Familia son compuestas por equipos de referencia, formados por un médico, un enfermero, dos auxiliares de enfermería y seis Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Este equipo es responsable de la atención en salud de

hasta mil familias y del territorio en donde ellas viven, siendo los ACS el puente entre las familias y los servicios (Brasil, 2009).

Sin embargo, el proyecto político representado por el SUS no está consolidado, sus principios y directrices deben ser impulsados y demandados por la sociedad y los actores sociales involucrados en su defensa, de modo que los conceptos y prácticas de atención en él previstas puedan afianzarse en la realidad. Así, en respuesta a algunas de las fallas del SUS sobre el cuidado a las personas que usan drogas surgen los Programas de Reducción de Daños (PRD), que vienen estando en los últimos años progresivamente vinculados a la Salud Mental. Esta última también tiene como puerta de entrada la Atención Básica.

Estare en Brasil, y especialmente en Bahía, implica especificidades sobre todo en lo que se refiere a las relaciones entre las personas. Se trata de un contexto cultural en que el extraño rápidamente se vuelve familiar, lo que facilita el encuentro con el otro y favorece la formación de lazos (Merhy & Franco, 2003).

Salvador es una ciudad donde el 80% de su población está constituida por afro-descendientes. A pesar del reciente crecimiento económico, gran parte de esa población todavía permanece, sobre todo en sus áreas periféricas, en situación de pobreza y de vulnerabilidad social, expuesta a la violencia, a la muerte prematura y a la violación de sus derechos. Esta es la porción principal de la población que es asistida por las acciones de Reducción de Daños desarrolladas por la Facultad de Medicina de Bahía por medio de la ALIANÇA.

El servicio

Las primeras acciones de Reducción de Daños (RD) dirigidas a las personas que usaban drogas inyectables, desarrolladas por la Facultad de Medicina (FMB) se dieron en 1994. Inicialmente estas acciones eran realizadas por el Sector de Reducción de Riesgos y Daños del Centro de Estudios y Terapia de Abuso de Drogas (CETAD), otro Servicio de Extensión Permanente, vinculado al Departamento de Anatomía y Patología de la FMB/ UFBA. Un año después, en 1995, se llevó a cabo en Bahía el primer Programa de Intercambio de Jeringas (PIJ) de Brasil y de América Latina, en un contexto de consumo de cocaína inyectable. En 2004, el sector de Reducción de Riesgos y Daños se separó de CETAD para constituirse en un Servicio de Extensión Permanente, la Aliança de Reducción de Daños Fátima Cavalcanti (ALIANÇA), vinculado, inicialmente, al Departamento de Medicina de la misma institución FMB/UFBA.

En 2006, comenzaron las acciones de Reducción de Daños en la Atención Primaria a la Salud, a través de un convenio entre la Universidad Federal da Bahía (UFBA) y la Secretaria Municipal de Salud (SMS), concretando las tentativas que se venían dando desde 1999. Sin embargo, ya desde 1995 se llevan a cabo las acciones de RD a través de intervenciones comunitarias en puntos fijos de prevención que inicialmente funcionaban en las propias casas de las personas que hacían el trabajo cara a cara con los usuarios de drogas -en Brasil estas personas fueron denominadas Reductores de Daño- en cinco barrios de la ciudad incluyendo el Centro Histórico, en donde un centro de salud fue reformado para acoger el PIJ de la ciudad de Salvador. Aunque los puntos fijos de prevención eran de fácil acceso, ya que los reductores de daños tenían una buena aproximación con

los usuarios de drogas pudiendo ser consultados a cualquier hora del día o de la noche, esta resultó ser una tarea agotadora debido a la alta demanda, impidiendo el descanso nocturno de sus operadores. El siguiente paso fue la interacción con las asociaciones comunitarias y otras organizaciones sociales existentes en los barrios, además de algunos bares que comenzaron a ofrecer materiales de prevención y servir como un lugar de apoyo a las acciones ejecutadas por los reductores de daños.

Los primeros reductores de daños fueron seleccionados en las propias comunidades que fueron alcanzadas por las acciones preventivas ejecutadas por la Facultad de Medicina. Se trataba de personas conocidas en la comunidad, que conocían bien la zona y tenían una fuerte relación con los usuarios de drogas inyectables. Era exigido que los candidatos supieran leer y escribir, pues tendrían que llenar formularios y describir las acciones realizadas. La selección no tenía en cuenta las condiciones de ser o no ser usuarios de drogas o portadores de VIH: después de los dos primeros años de actividades cuatro de los seis reductores de daños seleccionados habían fallecido a causa del SIDA.

El cuadro de reductores de daños fue ampliándose, variando con el pasar de los años entre 10 y 30 personas, dependiendo de la disponibilidad de recursos, de la renovación del contrato entre la UFBA y la SMS y de la aprobación de nuevos proyectos financiados por los Gobiernos Estatales, Federales y Organizaciones Internacionales. Con el tiempo y para cumplir con los requisitos del Departamento de Contratos y Convenios de la Universidad, los reductores de daños pasaron a tener un nuevo perfil. En la actualidad, casi todos son estudiantes universitarios que se mantienen dentro del proyecto por

un período de dos años. En un intento de mantener el perfil de los reductores de daños próximos a los de las personas de las comunidades donde actúan, la selección de los nuevos Reductores favorece a los estudiantes que ingresaron a la Universidad a través del sistema de becas especiales que favorece alumnos afro-descendientes y aquellos que vienen de las escuelas públicas. Además de los Reductores de Danos, son parte del proyecto, Supervisores y los Coordinadores de las actividades, seleccionados entre los profesionales de la salud y las ciencias sociales. Todavía, por exigencia de la Universidad, esos últimos profesionales sólo pueden ser admitidos en los proyectos si son profesores, empleados o si están estudiando en algún curso de post-graduación.

Las acciones

Las acciones realizadas por la ALIANÇA se organizan en tres frentes:

Acciones de capacitación: responsables de la capacitación y seguimiento de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y de los demás profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) vinculados a las Unidades Básicas de Salud de Familia (USF) y a las Unidades Básicas de Salud (UBS), para promover la prevención y dar asistencia a las personas con dificultades en cuanto al uso de drogas.

Acciones de campo: centralizadas en el Centro Histórico de Salvador, incluyen abordaje y atención a los usuarios de drogas en la comunidad, especialmente aquellos en condiciones de mayor vulnerabilidad social. Esta acción se lleva a cabo principalmente en las calles, pero poco a poco se vienen ampliando los cuidados de la familia a través de visitas al domicilio, en concordancia con las directrices del SUS.

Acciones móviles: dirigidas a las personas que enfrentan dificultades con el consumo de drogas, viviendo en las áreas más críticas de la ciudad. Estas acciones, principalmente, educativas, cuentan con la participación de las radios comunitarias que representan una herramienta importante para la divulgación de las acciones de Reducción de Daños realizadas por la ALIANÇA. Quincenalmente el equipo de Acciones móviles organiza y presenta en las radios comunitarias programas dirigidos a la promoción del uso de drogas con menos riesgos, a la prevención de riesgos para la salud relacionados con esta práctica y otros temas que sean de interés para las comunidades.

El trabajo de estos tres ámbitos de actuación requiere una compleja logística que debe ajustarse al funcionamiento de las Unidades de Salud y a las comunidades donde se efectúan, lo que demanda un buen nivel de articulación entre los equipos que ejecutan el trabajo. La educación popular es la base teórica que guía esta práctica (Freire, 1996).

A continuación se presenta, en detalle, el funcionamiento de cada una de las tres áreas de acción.

Acciones de Capacitación:

Esas acciones tienen como objetivo llevar a los profesionales de la salud conocimientos sobre los principios y prácticas de la Reducción de Daños existentes en las políticas públicas brasileñas de atención al uso de drogas. La transmisión de ese conocimiento se estructura en una parte teórico-práctica.

¿Quiénes son los profesionales capacitados?

En la Atención Primaria de Salud (APS), el blanco del proceso de formación son los Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Estos profesionales son personas de la comunidad en la que operan, seleccionadas por concursos públicos realizados por la Secretaría Municipal de Salud (SMS). Como pre-requisito deben haber completado los estudios medios, lo que equivale a por lo menos 10 años de educación formal, además de tener un buen nivel de conocimiento sobre la comunidad en la que viven.

Por consiguiente, el ACS es al mismo tiempo un trabajador y un residente del territorio. Comparte las prácticas culturales, condiciones de vivienda, la privacidad de las personas en el barrio, pero al mismo tiempo desempeña el papel de educador en salud, lo que requiere una postura ética-profesional adecuada. Por lo tanto, antes de ser capacitado como un multiplicador de las acciones de Reducción de Daños, ese profesional ya está inserto en un proceso de educación entre pares. Por otra parte, los ACS y los reductores de daños son pares pues ocupan posiciones análogas en sus contextos.

En los encuentros teóricos se busca inicialmente sensibilizar a los participantes sobre el tema “consumo de drogas”. En este primer momento se proponen cuestiones relacionadas con el consumo de drogas: las posibles lecturas de esta práctica, su complejidad, los estigmas, como se constituye en una demanda relevante para el sector salud y a la constitución de la red formal de cuidados.

Como parte de la capacitación, los ACS son escuchados en sus conceptos, sus prejuicios, sus críticas u oposición. Nada de lo que ellos dicen es descartado, se busca un espacio de diálogo, en el que

se sientan cómodos para expresar y dar a conocer el trabajo que ellos realizan. Los momentos teóricos anuncian el futuro y anticipan las cuestiones.

Acciones en el campo – donde todo gana forma

Con el fin de facilitar la comprensión del lector, el trabajo de campo va a ser explicado en cinco etapas:

1. Acciones que anteceden la ida al campo - selección y capacitación del equipo

El primer paso es la identificación de los actores sociales con un perfil que demuestre tener mayor afinidad con las perspectivas de la Reducción de Daños (DR), lo que será reflejado en el trabajo de campo.

La selección ocurre en las siguientes etapas:

Convocatoria pública: Anuncio de vacantes para participar del proyecto, dirigida a estudiantes universitarios de ciencias sociales y de salud. Es muy común el interés de los estudiantes universitarios que en algún momento frecuentaron alguna asignatura relacionada con el tema de Reducción del Daño o que se identifican con la estrategia.

Luego se inicia el análisis del currículum vitae de los candidatos y la entrevista a los mismos.

Los candidatos pre-seleccionados participan de un curso teórico-práctico de capacitación en RD, en donde son observados los perfiles adecuados para el rol de reductor de daños. Después del curso son contratados los que obtienen mejor rendimiento. Una vez integrados los nuevos reductores de daños, el siguiente paso es el

entrenamiento, donde se profundizan los temas sobre el uso abusivo de drogas, sus factores determinantes y sus repercusiones.

Después se trabaja en la construcción de un cuerpo colectivo. Para ello, se llevan a cabo talleres que se centran en el fortalecimiento de los valores del ciudadano - la solidaridad, el respeto, el compromiso – al mismo tiempo que se identifican las habilidades y/o potenciales de cada nuevo reductor de daños, que serán desarrolladas para beneficio del trabajo en conjunto (Oliveira, 2007).

Se busca el fortalecimiento mutuo, donde el reductor de daños con más habilidad en el trato de personas que consumen drogas sea el responsable de iniciar el trabajo en las áreas más difíciles. Los reductores de daños que tienen una mayor capacidad para llevar a cabo talleres educativos conducen estas actividades en el campo de intervención. En este proceso cada “maestro” se acompaña de un “aprendiz” y así el equipo se ve reforzado.

2. Perfil del reductor de daños

El reductor de daños debe ser una persona carismática, sensible y respetuosa, que sepa escuchar, que inspire confianza y, sobre todo, que sea capaz de administrar sus propios prejuicios y no hacer juicios de valor. Todas estas características favorecen el trabajo.

Las acciones y reflexiones sobre el trabajo realizado son conducidas, de tal forma que faciliten construir una reciprocidad entre los reductores de daños y los usuarios de drogas, en donde se puedan intercambiar experiencias. Esa relación repercute de manera importante en la interacción con el público-objetivo, agilizando la capacidad de respuesta a las diversas situaciones vividas y ejercitando

la capacidad de acoger y escuchar con sensibilidad (Freire & Norton, 2003). Por lo tanto se establece el binomio reductor de daños-Usuario de drogas, en una relación horizontal, que es la esencia de este trabajo.

3. Escenario de actuación

El trabajo de campo se lleva a cabo en áreas con condiciones precarias de higiene y saneamiento básico (agua potable, alcantarillado y basura), marcados por el tráfico, el consumo de drogas y por la violencia contra el patrimonio y las personas, este último debido a la tensión entre ellos y a la disputa de territorios, bienes materiales y de la acción policial.

Como las acciones promovidas por la ALIANÇA no pueden alcanzar todas las áreas, la prioridad es para aquellas en donde estas características son más intensas. La elección de las áreas de actuación se hace a través de la cartografía del territorio, realizada por los reductores de daños que en parejas o tríos visitan las áreas con las características antes mencionadas, llevando consigo un mapa geográfico de las mismas.

Durante las visitas a los potenciales campos de actuación, ocurren siempre nuevos descubrimientos, como callejones, calles o lugares que no están registrados en el mapa. Parte de esta actividad es la observación de las relaciones entre las personas, los lugares de encuentros y aglomeraciones, los comportamientos y hábitos, los servicios sociales y de salud existentes en el sector, los puntos de tráfico, venta y consumo de drogas, las condiciones sanitarias y de vivienda. En estos espacios seleccionados se desarrollarán las actividades de campo, iniciando con el contacto con los usuarios.

4. El día a día del trabajo de campo

El reductor de daños en campo busca conocer la persona que usa drogas en su propio medio, su relación con las drogas y con el mundo que lo rodea, su estado de salud y sus experiencias en su vida cotidiana. Así se establece un vínculo de confianza (Marques & Lima, 2004). Se trata generalmente de personas que abusan de las drogas, desconfiadas, discriminadas socialmente y muchas veces portadoras de enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la hepatitis vírica y el HIV / SIDA, además de presentar una mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en relación con la población general (Espinheira, 2004). También son atendidos por los reductores de daños los compañeros/as sexuales y los familiares de las personas usuarias.

En el encuentro con los usuarios de drogas los Reductores de Daños se aproximan con mucho prudencia, pidiendo permiso para establecer una conversación, tratando de construir una relación de confianza (Ceccin & Merhy, 2009). Casi siempre, el diálogo gira en torno a temas de interés común, del día a día, por ejemplo los acontecimientos locales, eventos deportivos y culturales. En los primeros encuentros pocas veces se trata el uso de drogas, para evitar que se cierre el canal de comunicación. Ese tema suele surgir espontáneamente y a veces después de varios encuentros. Una vez establecido el vínculo, el reductor de daños se encuentra más tranquilo y confiando para realizar su trabajo, centrándose entonces en las necesidades y problemas de la persona que está siendo abordada.

Este proceso de educación no formal es facilitado por la disponibilidad y presentación de materiales educativos, como

panfletos y álbumes informativos sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y por la entrega de productos básicos de prevención, como los preservativos, jeringas y lubricantes íntimos. Esta estrategia ayuda en la prevención de problemas de salud que surgen, principalmente, del uso abusivo.

Las acciones realizadas son registradas en un formulario llamado “mapa de campo”, en él se anota el nombre, edad, sexo, tipo de drogas usadas, ocupación, “status” serológico en relación al HIV, orientación sexual y los materiales educativos y preventivos entregados a cada persona atendida. Además del mapa de campo, cada reductor de daños al regresar a la sede del Servicio hace un relato escrito de sus actividades en el campo, centrándose en cuatro aspectos:

1. Condiciones físicas del lugar visitado;
2. Las personas que lo ocupan;
3. Las relaciones entre esas personas;
4. Las percepciones subjetivas del reductor de daños sobre lo observado.

En los relatos de campo está la esencia del trabajo realizado.

En el relato, las informaciones que no pueden ser traducidas en números ganan relevancia, siendo posible acompañar el día a día de lo que sucede en el campo: ¿dónde estuvo, que pasó, que sintió, que fue dicho y compartido? A partir del análisis de los relatos de campo las acciones son revisadas y el trabajo mejorado.

Los mapas y los registros de campo permiten caracterizar a la población atendida, conocer las drogas más utilizadas, sus combinaciones y patrones de consumo. Y también las condiciones de vida y el comportamiento de las personas que consumen drogas, de la población en general, de las fuerzas policiales que operan en la zona y las tensiones sociales inherentes a todos estos actores.

Las informaciones cuantitativas alimentan una base de datos creada específicamente para este propósito. Los relatos de campo por su parte, se separan en categorías de análisis que facilitan una mejor comprensión del trabajo realizado, del contexto en que se desarrolla y de la población atendida. Estos datos se utilizan en la elaboración de los informes semestrales presentados al financiador (SMS) y a los sectores de la Universidad involucrados en el proyecto.

5. Dificultades encontradas

El trabajo de campo diario se produce en medio de la intervención policial y de todo tipo de violencia. Esta última, es frecuentemente motivada por las tensiones entre los grupos y personas rivales involucradas en el tráfico y por la represión policial contra las personas que consumen drogas y los traficantes. Incluso portando la identificación profesional y el uniforme que los identifica, los reductores de daños están expuestos a grandes riesgos durante el trabajo que realizan.

El estigma social que recae sobre las personas que usan drogas, los prejuicios y la falta de preparación de los equipos de salud aumenta la dificultad de acceso de este público a los dispositivos asistenciales. Ante esta situación la ALIANÇA realiza un conjunto de acciones que proponen otra forma de interpretar el uso de drogas. Son estos los

cursos de capacitación, foros de discusión, debates y seminarios, involucrando profesionales de la salud, líderes comunitarios y a la población en general.

Un obstáculo importante que imposibilita alcanzar las metas establecidas en los proyectos de intervención relativos a la educación entre pares ejecutados por la ALIANÇA, es la interrupción financiera. Esta situación se debe principalmente a las discontinuidades administrativas que desafortunadamente todavía son muy comunes en Brasil. Citando un ejemplo, entre los años 2005 y 2012 hubo seis secretarios de salud que pasaron por la gestión municipal de la ciudad de Salvador. El ritmo de ejecución del proyecto principal de intervención comunitaria y educación entre pares ejecutado por la ALIANÇA ha sido afectado por las oscilaciones en la liberación de fondos por parte de la Secretaria Municipal de Salud (SMS), su financiador.

Como resultado de las discontinuidades en la transferencia de fondos se produce con frecuencia la disolución seguida de la reconstitución y la reorganización de los equipos, en detrimento del trabajo que se viene realizando en ese momento. El retraso en la liberación de los fondos que en los últimos siete años ha llegado a ser de hasta seis meses, produce efectos negativos implicando inclusive la pérdida significativa de recursos humanos preparados y genera la necesidad de capacitar nuevos técnicos, desde el reclutamiento y la selección hasta su capacitación específica, además del tiempo necesario para la adaptación del nuevo equipo.

A pesar de las dificultades mencionadas anteriormente, el proyecto financiado por la SMS cuenta con un equipo de jóvenes

entusiasta con el trabajo y con un número significativo de estudiantes a la espera de vacante para participar en el proyecto.

6. Seguimiento de las acciones implementadas

Con el fin de mejorar y mantener la calidad de las acciones en curso, son realizadas semanalmente supervisiones en campo. En estas los reductores de daños son acompañados por sus supervisores en las actividades realizadas en el territorio. Durante las supervisiones es observado el proceso de trabajo, el surgimiento de nuevas demandas y los elementos que indican la necesidad de cambios. También se dan orientaciones sobre el trabajo de intervención con el fin de evaluar lo que se está haciendo.

Las supervisiones de campo se complementan con las reuniones semanales entre el supervisor y los reductores de daños, realizadas en la sede del servicio. Estas reuniones tienen como objetivo alinear las acciones, hacerles seguimiento y evaluar sus resultados. Representan un espacio importante en la definición de estrategias para el fortalecimiento de las acciones en curso. Quincenalmente se realiza una reunión colectiva con la presencia de la coordinación, de todos los supervisores y de los reductores de daños, para el análisis del trabajo realizado, dando énfasis a las dificultades encontradas, la necesidad de construir nuevas estrategias y a la construcción de soluciones colectivas. Una vez al mes se realiza una reunión general de acompañamiento de todos los proyectos ejecutados por la ALIANÇA.

7. Dispositivos de apoyo y perfeccionamiento de las actividades realizadas

En la retaguardia de las acciones de campo, la ALIANÇA tiene a disposición desde su inicio un Servicio Ambulatorio de Psicología y en el trabajan tres psicólogos con formación en psicoanálisis. Este servicio tiene como objetivo principal atender a las personas que usan drogas de forma abusiva/disfuncional y sus familiares, que son guiados por los reductores de daños a partir del trabajo realizado en la comunidad.

En febrero de 2012 la ALIANÇA inauguró otro servicio que también se encuentra dentro de la Facultad de Medicina da Bahía - FMB / UFBA, y que actúa como respaldo de las actividades realizadas en el campo. Se trata de un Centro de Atención Psicosocial para las personas que consumen alcohol y otras drogas, el CAPS AD Gregorio de Matos. Es un servicio de salud, público, abierto al público, de nivel secundario, ligado a la Coordinación Estatal de Salud Mental, que es fruto de un enlace, por medio de la ALIANÇA, entre FMB / UFBA y la Secretaria de Salud del Estado de Bahía (SESAB). Su creación responde a la necesidad de minimizar las dificultades de acceso a los servicios de salud y mejorar la atención para las personas con problemas debido al consumo de drogas.

Otros soportes importantes, además de los dos servicios mencionados anteriormente, son otros servicios que integran la Red Salud y de Asistencia Social, ubicados en el Centro Histórico y en otros Distritos Sanitarios de la ciudad de Salvador, a donde son conducidas las personas atendidas durante el trabajo de campo realizado por la ALIANÇA. Esto acontece en respuesta a la demanda de los usuarios o

cuando los reductores de daños identifican la necesidad de asistencia y proponen estrategias de atención. El vínculo de confianza entre reductores de daños/agentes de salud comunitaria y de la población atendida minimiza las barreras, auxiliando el fortalecimiento de la autoestima y el autocuidado. Esto ayuda en el cuidado y tratamiento de las enfermedades causadas por el uso/abuso de drogas o relacionadas con esta práctica y la consecuente inclusión de los usuarios en el Sistema Único de Salud (SUS).

Con el objetivo de fortalecer la Red de Cuidado en Salud Mental y el fomento de la discusión de cuestiones relacionadas con el consumo de drogas, la ALIANÇA ha apoyado y organizado eventos como reuniones de la salud, seminarios, foros y debates, donde entre otros asuntos son trabajados los conceptos de autogestión corresponsabilidad y control social. Estos espacios de participación promueven la integración entre los dispositivos de la red de salud existente y contribuyen a aligerar la aproximación de los trabajadores de la salud a las personas que consumen drogas.

Reducción de daños en la graduación FMB / UFBA

Con las acciones integradas que desarrolla, la ALIANÇA funciona como un centro de formación y capacitación para profesionales de la salud y estudiantes. En la formación de los estudiantes, además de la práctica curricular y extracurricular, merece destacar la disciplina obligatoria, MED B53, ofrecida por el Departamento de Salud de la Familia de la Facultad de Medicina de Bahía (FMB) de la Universidad Federal de Bahía (UFBA) para los alumnos del séptimo grado y octavo semestre del curso de Medicina. Esa disciplina privilegia la vivencia práctica de la salud de la familia y la Reducción de Daños, articuladas

para una atención integral a personas que consumen drogas. Su campo de práctica es el Distrito Sanitario del Centro Histórico y por ella pasan cerca de 70 estudiantes cada semestre. (Andrade, 2011).

Con estructura didáctica teórica-vivencial, los alumnos son preparados para ir al campo comentando asuntos relevantes relacionados al consumo de drogas, sus factores determinantes, sus prácticas de consumo, políticas públicas y reducción de daños. También en relación con el trabajo de campo y las reglas de comportamiento durante su ejecución. Las actividades de campo proporcionan cambios significativos en la percepción de los estudiantes sobre el consumo de drogas, sus usuarios y el contexto en que ellos están insertos, conforme el registro de los relatos de campo elaborados como requisito para la evaluación de la actividad. Las visitas cualifican el aprendizaje y eso contribuye a la construcción de prácticas de salud más efectivas. Además de la formación del recurso humano para actuar en la propia ALIANÇA, otra ganancia significativa de esa asignatura está en la formación de multiplicadores que trabajarán en el SUS, una vez concluido el curso universitario.

El servicio también es responsable por la Asignatura Optativa ACC B84 - Actividad Curricular en la Comunidad que en el segundo semestre de 2012 trabajó el tema “Arte y Reducción de Daños: el graffiti como un instrumento de diálogo con la comunidad”. En esta asignatura, 14 alumnos de diferentes cursos de la UFBA, construyen propuestas de intervención junto a una determinada comunidad. La comunidad elegida para el año 2012, está ubicada en el Distrito Sanitario del Centro-Histórico y se compone de personas muy pobres, la mayoría viven en casas improvisadas, con falta de saneamiento básico, con recogida de basura precaria e intenso tráfico y uso de

drogas. La participación de estudiantes de múltiples áreas en la ACC permite mayor capacidad de observación del sujeto y sus dimensiones. Cada semestre 14 estudiantes pasan por la asignatura y la experiencia contribuye a la formación profesionales que en el futuro se insertarán en la Red de Cuidados de la Salud.

Además de las dos asignaturas mencionadas anteriormente, la ALIANÇA, también, es responsable de un Programa de Educación para el Trabajo (PET) en Salud Mental uso de Alcohol y otras Drogas, en el cual participan a cada año 12 estudiantes, seis profesores orientadores y un profesor Tutor. El PET está disponible para otros cursos en el área de la salud. Este programa es financiado por el Gobierno Federal, a través de los Ministerios de Salud y de Educación.

En el ámbito de la capacitación profesional, además de los Agentes Comunitarios de Salud de la Red Básica, por medio del CAPS AD Gregorio de Matos la ALIANÇA capacita a los Residentes de Salud de la Familia y de Salud Mental. El servicio promueve también, en su condición de Centro Regional de Referencia (CRR), cursos de formación en Salud Mental con énfasis en el uso de alcohol y otras drogas, dirigidos a médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales de la salud. Todos estos cursos incluyen actividades prácticas en campo.

Consideraciones finales

El trabajo de educación entre pares es de fundamental importancia como método de conducción de estrategias para minimizar los riesgos y daños que resulten del uso/abuso de drogas (Gomes & Merhy, 2011). A pesar de los avances de sus Políticas de Salud Pública, que incluyen los principios y prácticas de Reducción

de Daños, actualmente Brasil, todavía se enfrenta a una fuerte resistencia en el cumplimiento de las acciones de Salud y de soporte social, en proporción con las necesidades de las personas que consumen drogas. Esto ocurre debido al fuerte conservadurismo en cuanto al reconocimiento de los derechos de las personas que usan drogas y, más recientemente, a las influencias de carácter religioso, que a través de un número significativo de representantes legislativos evangélicos abogan por la eliminación de las personas que consumen drogas del escenario social, por medio de los internamientos en las llamadas Comunidades Terapéuticas. En este contexto, las prácticas de Reducción de Daños realizadas con el formato de la Aliança de Reducción de Daños Fátima Cavalcanti (ALIANÇA) sufren con la resistencia.

En tanto es un Servicio de Extensión Universitaria, el papel de la ALIANÇA es crear, proponer y ayudar a implementar nuevas tecnologías. Es importante hacer hincapié en la necesidad de una rápida transferencia del Programa de Reducción de Daños dependiente de la Universidad Federal de Bahía hacia el Municipio que debe integrarla definitivamente a sus políticas públicas. Sin embargo, esta transferencia no ha sido posible por los problemas administrativos ya mencionados. En este punto, con el final del actual proyecto que contaba con la colaboración de la SMS y de la ALIANÇA, con la creación de un modelo de atención a la salud estable, de mejor calidad gracias a los gestores municipales actuales, se prepara una nueva propuesta para el Programa de Reducción de Daños en la Red Básica de Salud, mediante la educación entre pares. En esta nueva propuesta, la Universidad se propone capacitar a toda la Red Básica de Salud Municipal de Salvador y transferir, dentro de los próximos tres años.

Obviamente las dificultades para lograr ese objetivo se deben en parte al lugar que ocupan los usuarios de drogas para los gestores de salud, que en tanto reproductores del imaginario social, ven a esa población como inútil.

A pesar de las dificultades encontradas en la ejecución del programa de Reducción de Daños de la ALIANÇA, los resultados fruto del acuerdo entre la FMB/UFBA y la Alcaldía de Salvador, muestran resultados importantes, que se reflejan en el número de profesionales capacitados y en el cambio de la imagen que esos profesionales tenían de las personas que consumen drogas. Estos resultados se han traducido en una mejor calidad de la atención para las personas que consumen drogas en la Red Básica de Salud, a pesar de la precaria estructura y los recursos humanos de sus dispositivos.

Referencias

Andrade, T.M. (2011) Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 161(12):4665-4674

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2009). *Cadernos de atenção Básica. Saúde na escola. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica*, n. 24. Brasília: Autor.

Ceccim, R. B., & Merhy, E. E. (2009). Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 13, 531-542.

Espinheira, G. (2004). Os tempos e os espaços das drogas. In Almeida, A. R., Ferreira, O. S., MacRae, E., Nery Filho, A., & Tavares, L. A. (Orgs.), *Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo* (pp. 1-26). Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA.

Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.

Freire, P., & Horton, M. (2003). O caminho se faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social (2a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Gomes, L. B., & Merhy, E. E. (2011). Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad. Saúde Pública, 27(1), 7-18.

Marques, G. Q., & Lima, M. A. D. S. (2004). As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. Rev Gaúcha Enferm., 25(1), 17-25.

Merhy, E.E. & Franco, T.B.,(2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003

Oliveira, W. F. (2007). Educação social de rua: bases históricas, políticas e pedagógicas. História, Ciências, Saúde, 14(1)

6. LA EXPERIENCIA DE EGO¹ EN “EDUCACIÓN ENTRE PARES”

Leon Gomberoff

Lia Cavalcanti

EGO Association AURORE

Introducción

EGO nace oficialmente en 1987 como una pequeña asociación de voluntarios (profesionales, usuarios de drogas, ex usuarios y vecinos) que querían abordar los problemas que las drogas producían en La Goutte d’Or ¹ a través de una estrategia comunitaria. Actualmente EGO gestiona dos establecimientos financiados por el estado, 30 empleados, una frecuentación masiva (5200 personas diferentes en 2012) y que forma parte de una gran asociación Francesa de inserción, salud y albergue (Asociación AURORE, <http://aurore.asso.fr/>). El contexto también ha cambiado. En 1987 el discurso oficial con respecto a las drogas se oponía a la reducción de riesgos, no existían centros de intercambio de jeringas, había únicamente dos programas de tratamiento de sustitución con sólo 50 plazas para toda Francia, el acceso a los programas de tratamiento era casi imposible para usuarios de drogas activos y la tasa de infección de SIDA entre los usuarios de drogas se estimaba en 40% (Ingold, Ingold, & Jacob, 1992). Actualmente la política de reducción de riesgos es parte de la salud pública francesa, hay aproximadamente 200

¹ Estructura de la asociación AURORE que recibe usuarios de drogas que consumen predominantemente el *crack* y en su mayoría viven en condiciones precarias.

mil personas en tratamiento de sustitución (Costes, 2011), la tasa de infección de SIDA de los usuarios de droga es de un 6% (Cadet-Taïrou, 2012) y las sobredosis han disminuido sensiblemente. Aún queda mucho por hacer en Francia con respecto a la forma de abordar el uso de las drogas, sin embargo ha habido un gran progreso desde que EGO era una pequeña asociación militante.

En este texto intentaremos dar cuenta de una experiencia en la que un modelo participativo de *reducción de daños* puede sobrevivir a la evolución de una organización desde el militantismo hacia la institucionalización. Destacaremos las experiencias que, creemos, han funcionado creando un ambiente de educación entre pares en el cual intervienen en forma permanente profesionales y vecinos de la zona en donde EGO se encuentra situado.

La educación entre pares en EGO

La educación entre pares es un tipo de aprendizaje que no pasa por la figura del maestro contornando la correspondencia poder saber. El par comparte sus conocimientos con alguien que se encuentra exactamente en su mismo nivel. Este tipo de educación está lejos de ser un mito porque es la forma más común de aprendizaje. En 1994 los autores del *European Peer Support Manual* señalaban que “Los usuarios de drogas como todo el mundo copian, califican y critican el comportamiento de sus pares. La ayuda entre pares no es, entonces, un enfoque nuevo. Es simplemente utilizar de manera intencional las influencias entre pares” (Trautmann & Barendregt, 1994, p. 6). Sin embargo, habría que definir qué significa “utilizar de manera intencional”. ¿Quién tiene la legitimidad suficiente para definir las intenciones?

El control intencional de la influencia entre pares es justamente lo que puede tergiversar el sentido de la educación entre pares, disfrazando la jerarquía. En Francia, por ejemplo, los usuarios de drogas han participado tradicionalmente en el trabajo de las instituciones que los reciben. No obstante lo han hecho desde la figura del ex toxicómano que, luego de haber reconocido su enfermedad, ayuda a aquellos que se encuentran todavía en falta. Estos ex toxicómanos trabajaban en comunidades “terapéuticas” de carácter *cuasi* sectarias (p.e. *El Patriarca*) o en hospitales como vigilantes capaces de reconocer los consumos prohibidos. Haciendo alusión a los arrepentidos de la mafia Ramón Neira llama a estos ex toxicómanos los “arrepentidos” (Neira, 1991). Son como ex criminales que traicionan su pasado y se asocian a la ley. Los arrepentidos son una forma de “toxicómano bueno” que ayuda al “toxicómano malo”. Un par que educa puede fácilmente dejar de ser un par y entrar al juego de poder desde la posición del maestro.

Pensamos que para que la educación entre pares funcione la posición de saber no debe ser representada por ninguna persona en particular. El saber experiencial del ex toxicómano no vale ni más ni menos que el saber ilustrado del profesional. El saber es algo que no existe a priori, es algo que se construirá en el camino. Hay que decir que este tipo de abordaje fue favorecido por la primera época del SIDA en la que nadie sabía realmente qué hacer con la enfermedad. Homosexuales, usuarios de drogas, trabajadores sexuales sabían tanto o más que los médicos sobre el VIH.

En EGO el usuario de drogas es par, no solamente con otros usuarios de drogas también con los profesionales y los vecinos del barrio. EGO se planteaba desde un comienzo como una plataforma

de encuentro y de diálogo que busca responder a la pregunta: ¿cómo vivir mejor en un barrio en donde el uso y el tráfico de drogas producen problemas sociales y sanitarios difícilmente aceptables? Esta forma de abordar el problema hace que tanto el habitante como el usuario de drogas sean actores de la solución de sus problemas. Para ello el trabajador social debe también cambiar su enfoque : “El trabajador social tendrá que cambiar su concepción del trabajo, no debe esperar que el otro se ponga en una situación de demanda lo que transforma le relación en una relación jerárquica, el trabajador social y el toxicómano pueden crear una relación de *partenaires* en donde cada uno está al servicio de la comunidad” (Neira, 1991, p. 68).

En EGO el usuario de drogas no es simplemente un beneficiario de servicios. Es un *partenaire*, un experto y un actor comunitario. Se trata justamente de tres formas de estar en una relación horizontal con los trabajadores sociales. Como *partenaire* trabaja codo a codo con los profesionales en la creación, desarrollo y evaluación de las acciones de reducción de daños y otras. Como experto aporta con su saber particular a la coproducción de un saber nuevo en la interacción con los saberes de los otros. Como actor comunitario ocupa un lugar particular en la comunidad de la que forma parte. Toma un rol con respecto a las personas que frecuentan EGO en un momento determinado.

La experiencia de la reducción de daños prueba que el cambio en el comportamiento de los usuarios tiene que ver más con un cambio cultural o subcultural que con el efecto de la educación (Friedman, Des Jarlais, & Sotheran, 1986). EGO es una estructura que gracias a una estrategia de proximidad ha logrado formar parte de la vida cotidiana de muchos usuarios de drogas del noreste de París. En

ese sentido EGO forma parte de la cultura de esos usuarios creando nuevas interacciones que propician el cambio.

La característica principal del modo de trabajo de EGO es tratar el problema del uso de drogas sin limitarse al individuo. El usuario de drogas pertenece a un grupo social que interactúa con otros grupos sociales. La apuesta de EGO es que esa interacción puede ser menos violenta y favorecer un cambio positivo al menos a nivel local.

La institución y su primera herramienta de trabajo: “la asamblea pública”

Si se quiere mantener un ambiente de coproducción de saber es necesario que el saber existente pueda ser cuestionado. En efecto en 1995 podíamos decir: “Las dudas y las certitudes construidas y deconstruidas cotidianamente son las únicas garantías en las que reposan las acciones de EGO” (Cavalcanti, 1995). EGO cuenta con la herramienta perfecta para construir y deconstruir dudas y certitudes: “la asamblea pública” o reunión de los miércoles.

En un comienzo EGO era una red de apoyo que buscaba coordinar acciones de prevención y de tratamiento para los toxicómanos del barrio. La idea era simple: en el barrio se encontraban los recursos para solucionar los problemas del barrio. Una proposición básica de intervención comunitaria. El grupo, que formaba la red, comenzó a reunirse una vez por mes y a hacer permanencias en los cafés del sector para recibir toxicómanos y familiares de toxicómanos. La organización era completamente abierta y todo el mundo, sin exclusión, estaba invitado a participar. Varios nuevos miembros se unieron: vecinos, usuarios y profesionales que venían de distintas

instituciones interesados por este nuevo proyecto. La reunión mensual fue remplazada por una reunión semanal los miércoles por la noche. En esa reunión se discutían y se decidían todas las actividades. La enorme diversidad de los participantes (médicos, trabajadores sociales, farmacéuticos, profesores, madres de toxicómanos, el cura de la parroquia, etc.) aseguraba el cuestionamiento de todo saber establecido.

En la medida en que EGO crece la asamblea pública no puede seguir funcionando como único espacio de toma de decisiones. En 1990 fue escrito el reglamento interno y contratado el primer director de la asociación. Esto generó la oposición de varios de los miembros que pensaban que la autogestión y la asamblea pública eran las únicas maneras de asegurar una real participación de los usuarios. En un informe de 1994, por ejemplo, podemos leer: “Cualquier intento de crear un lugar institucional es rechazado por la asociación. Contrariamente, la voluntad de la asociación es de acoger, conocer e incluir al usuario de drogas como verdadero actor de prevención tanto en la concepción, la elaboración y el desarrollo de todo proyecto de reducción de daños” (Bennour & Tassin, 1994, p. 4). Hoy es evidente que para acoger e incluir al usuario de drogas como actor un mínimo de institución es necesario. Es necesario que el usuario tenga con quién y dónde hablar. Mientras más personas se involucran en el proyecto más necesario es instituir algunas reglas de funcionamiento. Si la organización crece necesita también financiarse y para hacerlo debe responder a las directivas del organismo que entrega los recursos. Es verdad que la institucionalización acarrea el riesgo de perder el dinamismo y de transformar un organismo participativo en un organismo distribuidor de servicios para usuarios de drogas. Sin

embargo ese destino funesto no es necesario y la reunión de los miércoles puede servirle de antídoto.

La reunión de los miércoles existe hasta hoy en día y sigue siendo una asamblea pública abierta en donde la voz del usuario vale lo mismo que la de cualquier otro participante profesional o no. El derecho a la palabra no depende de ninguna capacidad particular, basta estar presente para hablar, proponer y ser escuchado. Tampoco hay ninguna obligación particular, los usuarios pueden llegar y partir en cualquier momento de la reunión y pueden hablar de lo que se les antoje. Hay sin embargo algunas constantes que permiten mantener un ritmo sostenido: salvo raras excepciones la reunión ocurre todos los miércoles a la misma hora en el mismo lugar; siempre hay un profesional representando a cada servicio²; la reunión es animada por la directora o el director adjunto de EGO. La asamblea pública está organizada en cinco tiempos: al comienzo todos se presentan y se acoge a los nuevos participantes; luego cada servicio entrega las cifras de la semana y resume los eventos más importantes ocurridos; más tarde, un representante de los usuarios da cuenta de las discusiones del CVS (ver más abajo); luego comienza una discusión libre y finalmente las personas que vienen por la primera vez son invitadas a hablar de sus impresiones sobre lo que vivieron en la reunión.

La reunión de los miércoles mantiene el espíritu de diálogo y negociación de los primeros momentos de EGO. Es un lugar en el que se pueden expresar los diferentes conflictos de la vida cotidiana de la institución. Eso permite tratarlos y buscar soluciones en conjunto.

La asamblea pública tiene múltiples funciones. Ella previene

² EGO tiene tres servicios : el Centro de acogida (acogida en bajo umbral de exigencia para usuarios de droga), STEP (programa de intercambio de jeringas) y el Centro de tratamiento.

y resuelve conflictos. Ella produce y facilita el diálogo, cuestiona los mecanismos institucionales y los juegos de poder. En ella se puede proponer nuevas actividades y orientar las acciones futuras de EGO. En ella se acogen también problemas individuales y se orienta a las personas que vienen. Ella es un medio de diálogo con el barrio y los *partenaires*. Veamos un ejemplo de cómo la asamblea puede resolver ciertos conflictos.

Había en el *Centro de acogida* de EGO un horno microondas que era administrado por el personal. Los usuarios se acercaban a un miembro del equipo y le pedían calentar comida que ellos mismos aportaban. Desde hacía un tiempo los usuarios protestaban porque el horno no estaba disponible, cuando preguntaban las razones el personal les respondía que el horno estaba defectuoso. Un día el problema fue llevado a la asamblea pública. El presidente de los usuarios dijo que era inaceptable que una asociación como esta no se preocupara de mandar a arreglar un horno defectuoso. Un usuario tomó la defensa de la asociación y dijo que él sabía que el horno había sido enviado a reparaciones y que había que darle tiempo al electricista. Un trabajador social dijo que él no tenía conocimientos que ningún horno haya sido llevado a reparaciones. Entonces otro usuario señala que él había escuchado que el horno estaba en realidad guardado en la bodega. El trabajador social se sonroja y reconoce que esa es la verdad. Él dice que para el equipo era muy complicada la gestión de las demandas de calentar la comida que había demasiada gente y esto introducía un trabajo suplementario. El presidente de los usuarios al borde de la exasperación enumeraba los defectos de los trabajadores sociales de EGO: injustos, mentirosos, egoístas, irrespetuosos, pequeño burgueses, ignorantes, etc. Entonces el usuario que había desvelado el engaño dijo que eso no era verdad, que

los trabajadores sociales eran personas muy valientes y capaces, que trabajar con usuarios de drogas no era fácil y que si además de todo el trabajo debían dedicarse a calentar la comida que algunos usuarios traían del exterior EGO no podía funcionar bien. Otro usuario dijo en ese momento que los usuarios de drogas no son niños y que pueden perfectamente calentarse la comida ellos mismos. Desde entonces el horno microondas se encuentra en libre servicio en la sala.

La acogida

Una pregunta frecuente en relación a la educación entre pares es la función del trabajador par. ¿Cuáles son las especificidades de ese trabajo en relación al trabajo de los trabajadores sociales en una estructura de reducción de daños?

En EGO la función principal de todos los profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, médicos, etc.) es la acogida. De hecho a la hora de presentarse los profesionales no ponen en primer lugar su profesión, ponen en primer lugar la función de *“accueillant”*³: Yo soy *“accueillant”* del servicio Centro de acogida o yo soy *“accueillant”* del servicio STEP. La acogida la definimos como un movimiento activo, voluntario para crear un lazo social positivo y durable.

La acogida para ser efectiva también tiene que venir de los usuarios. Los usuarios nuevos son también recibidos por los antiguos que les explican, de otra forma, las diferentes actividades en las que pueden inscribirse, las reglas que hay que respetar y los servicios que pueden recibir. La acogida es una función entonces de todo el

³ Literalmente acogedor. Sin embargo en francés no se trata simplemente de un adjetivo calificativo, describe una función como podría ser monitor o enfermero.

mundo. ¿Debería haber usuarios de droga especialmente designados para eso? No es evidente. En un comienzo en EGO había usuarios especialmente designados para eso, pero el contexto era diferente. Detallemos un poco esa experiencia.

En julio de 1986 luego de un gran debate sobre las drogas en “La Goutte d’Or” se formó la red de apoyo que se llamaría más tarde EGO. A ese debate participaron de manera activa un grupo de cuatro *ex toxicómanos* que tenían un proyecto bien preciso. Querían hacer un centro de acogida para acompañar a los jóvenes del barrio a la desintoxicación. En un comienzo no quisieron unirse a la red de apoyo encontraban el proyecto demasiado abstracto y no aprobaban la ligazón entre la red de apoyo y ciertas asociaciones tradicionales que se ocupaban de los jóvenes. Intentaron primero, pero sin poder lograrlo, realizar un centro de acogida por cuenta propia. Al mismo tiempo la red de apoyo mostraba resultados federando la solidaridad entre vecinos para ayudar a algunos usuarios de drogas con problemas. Los *ex toxicómanos* aceptaron unirse al grupo. Llegaron con un proyecto ambicioso: instalar un centro de acogida que además de acompañar a la desintoxicación haría las veces de empresa de inserción profesional para acompañar a las personas en su integración social. La idea era ofrecer a los usuarios de droga trabajos adaptados a sus posibilidades. El proyecto fue aceptado por la red de apoyo que bajo la iniciativa de los *ex toxicómanos* se transformó en asociación. El nombre “Espir Goutte d’Or” (EGO) también fue una idea de ellos. Una simple red de apoyo no podía gestionar la envergadura del proyecto. El farmacéutico del barrio fue elegido presidente y los *ex toxicómanos* formaban parte del directorio⁴. Una parte primordial del proyecto consistía en que el

4 El proyecto estaba pensado únicamente en base a los medios que la comunidad podría aportar : una sala prestada por una asociación, herramientas de trabajo prestadas o

usuario de drogas de la Goutte d'Or que viniera sería acogido por un *ex toxicómano referente* vecino del mismo barrio.

El interesante trabajo de los primeros “*accueillants*” y fundadores de EGO no pudo sostenerse en el tiempo y se reveló ineficaz. El programa tenía dos fallas fundamentales. Primero el objetivo de desintoxicación que se perseguía y segundo que los *ex toxicómanos* se llamaran a si mismos *ex toxicómanos*. Eso les daba un estatus distinto y que se pretendía superior al de los otros usuarios. Además los cuatro *ex toxicómanos* eran en realidad consumidores activos de drogas. Se trataba de una época, y en un barrio, en el que era muy difícil declararse abiertamente usuario de drogas y al mismo tiempo querer aportar a la comunidad. Los problemas se siguieron uno tras otro. Los usuarios de drogas que frecuentaban EGO comenzaron a cuestionar con vigor la legitimidad de los *ex toxicómanos* para ayudarlos a salir de las drogas. El uso de drogas interfería de manera importante con el trabajo cotidiano (ausencias, retrasos, etc.). Algunos de los *ex toxicómanos* buscaban apoyo reclamándose en primer lugar como beneficiarios que como voluntarios. Se crearon tensiones graves entre los *ex toxicómanos*, los otros voluntarios de la asociación y los usuarios. Nada de esto habría producido tantos problemas si se hubiera reconocido desde el comienzo que se trataba de usuarios de droga activos.

La acogida se definió desde entonces como mixta. Habría siempre al lado del usuario un voluntario no usuario para acoger a las personas que vinieran. En 1989 EGO recibe una primera subvención del estado después de funcionar cuatro años sin financiación. Un local fue arrendado y una primera persona fue contratada. No se trató de

donadas, todas las personas que trabajaban lo hacían voluntariamente.

un usuario ni de un *ex usuario* de drogas. Una joven vecina del barrio, militante en EGO, obtuvo el primer puesto y se encargó de organizar el *Centro de acogida*⁵.

Más tarde, en la medida en que EGO fue obteniendo más financiación, varios usuarios de drogas fueron contratados. Sin embargo las razones reposaban siempre más en el grado de interés y compromiso con la estructura que en el hecho de ser usuario de drogas.

Un usuario de drogas tiene ciertas ventajas a la hora de acercarse a otro usuario por haber tenido experiencias similares. Sin embargo, no pensamos que sea una razón suficiente para que el usuario tenga un puesto como trabajador social. La calidad del trabajo no depende necesariamente de la experiencia de consumo, depende de la capacidad de escuchar y de aceptar al usuario de drogas como un igual que merece respeto y que tiene derechos. Lo esencial no es ni haber consumido drogas, ni habitar el barrio, es compartir y encarnar un proyecto colectivo.

Un punto importante de la relación actual entre los usuarios y los trabajadores sociales de EGO es que los usuarios hacen contrapeso a los juegos de poder institucionales. Ese contrapeso no es posible si el usuario recibe un salario de la institución.

El consejo de la vida social (CVS)

Para que la lógica institucional tenga algún contrapeso éste debe ser organizado y las personas usuarias deben tener un poder

⁵ Se trata de Leïla Chala alguien que conocía de cerca la toxicomanía; su hermana era usuaria de drogas y su compañero también. Ella fue coordinadora del Centro de acogida durante varios años y luego directora adjunta de EGO.

real. En Francia las asociaciones sin fines de lucro son administradas por un directorio constituido por miembros voluntarios elegidos democráticamente en una asamblea general en la que participan todos los miembros. El directorio es la autoridad máxima de la asociación, define su política y da orientaciones generales para el funcionamiento de las estructuras que gestiona. Antes que EGO se fusionara con la asociación AURORE los usuarios, como cualquier persona, se podían adherir a EGO y formar parte del directorio. Sin embargo, por regla general, el directorio no entra en los detalles de la vida cotidiana de las estructuras que administra. Estos detalles son muy importantes y es en ellos en los que los juegos de poder se manifiestan creando conflictos entre las personas. En EGO hay dos instancias formales donde los usuarios pueden dar su opinión y participar activamente en las decisiones de la vida cotidiana de la institución; una es la asamblea pública (descrita más arriba) y la otra es el *Consejo de la vida social*.

En 1999 Jean-Paul, un usuario de EGO que formaba parte del directorio de la asociación propuso el *Consejo de la vida social*. Jean-Paul consideraba que los beneficiarios de la asociación debían tener una instancia a parte para representarlos. La participación directa en la asamblea pública no parecía suficiente en el contexto actual dada la gran cantidad de personas que frecuentaban la estructura. Un grupo de usuarios se constituyó para idear el proyecto y creo un comité completamente auto gestionado con un directorio a parte (presidente y vicepresidente) elegido democráticamente cada 18 meses.

El CVS de EGO, animado por su presidente y vicepresidente, se reúne una vez por semana para discutir de la vida de la asociación. Igual que en la asamblea pública todos los usuarios pueden venir, pero a diferencia de ella, únicamente los puntos de vista de los

usuarios son representados. Esta instancia permite resolver conflictos entre los usuarios y generar consensos con respecto a los problemas del funcionamiento institucional. Lo que sucede en EGO es tratado en general y en detalle. La actitud poco profesional de un trabajador social, la legitimidad de una modificación en los servicios aportados no son temas prohibidos, todo puede decirse y se dice. Un resumen de lo que se ha dicho es aportado luego a la asamblea pública.

Los miembros del CVS siempre han participado en la mediación de conflictos entre usuarios y entre usuarios y el personal. En 2010 dieron un paso más allá en ese sentido, crearon el *Consejo de conciliación*. Una herramienta para lidiar con situaciones en donde el conflicto llega a un punto límite. En un momento en donde las situaciones de violencia se repetían muy a menudo, varios usuarios calificaban al equipo de laxista por dejarse maltratar y aceptar la violencia. El CVS quería que se pusiera orden pero no quería que se instituyera la exclusión. Propuso entonces el *Consejo de conciliación*. Cualquier persona puede convocar a un consejo de conciliación. Este consiste en una reunión entre las personas en conflicto en presencia de un jefe de servicio y del presidente del consejo de la vida social. Se intenta llegar a una solución en común y establece una versión clara de los hechos lo que sirve como precedente para que estos no se repitan.

El CVS permite dar un estatuto a los líderes de la vida en comunidad que desean ocupar un lugar de defensa de las personas usuarias. Varios han ido ocupando los puestos directivos con el paso de los años. Presentaremos a continuación, a modo de ejemplo, lo ocurrido en las últimas elecciones de julio 2012 que muestran claramente cómo usuarios de drogas viviendo en condiciones de vida

precarias se prestan a un ejercicio democrático interesante.

José había sido presidente del CVS durante dos periodos. Su mandato había estado marcado por propuestas de visitas culturales y recreativas. Él había llevado el consejo de la vida social a un nivel de participación muy importante. También era capaz de mediar de manera original cuando se producían tensiones en el *Centro de acogida* disminuyendo la violencia. Él creó la idea del Consejo de conciliación. El vicepresidente que trabajaba con él, Jean-Patrick, también es un gran líder de los usuarios, él dirigía las reuniones en ausencia de José y juntos presentaron varias veces casos en los que estimaban que los usuarios habían recibido un trato injusto de parte del personal. Todo indicaba que José y Jean-Patrick serían reelegidos. Sin embargo, algunos meses antes de la elección Félix, un líder histórico del trabajo con los usuarios en EGO, volvió a París después de pasar algunos años en prisión. Su gran habilidad política y su legitimidad histórica hicieron rápidamente que varias personas cambiaran su intención de voto. Se presentaron seis candidatos, la votación fue precedida de una semana de campaña que dio mucho que hablar en el barrio porque los candidatos no se privaron de hacer campaña en las calles. Durante esa semana las elecciones en EGO eran un tema obligado en la escena de tráfico y consumo del noreste de París. Votaron 172 personas. Sin embargo, la elección no dio por ganador a ninguno de los antiguos líderes de EGO.

El triunfo fue de Alick un usuario nuevo que ya durante la campaña había mostrado su capacidad de convocatoria. José y Félix obtuvieron ambos la misma cantidad de votos por lo que fueron nombrados vicepresidentes. Alick había llegado hace sólo un año a Francia, es ruso y domina muy mal el francés. Su elección como

presidente refleja, en parte, una modificación en la escena de consumo de drogas del noreste de París. Desde 2008 los locales de EGO son frecuentados masivamente por usuarios de drogas que vienen de las ex repúblicas soviéticas sobretodo de Georgia. Estos usuarios en su mayoría hablan el ruso entre ellos y, como Alick, se comunican mal en francés. A diferencia de la mayor parte de los usuarios de EGO, en general, no consumen *crack* y se inyectan masivamente. La primera impresión que causaban en los otros usuarios era negativa. Parecían venir a EGO solamente a ocupar los servicios para obtener tratamiento sin mezclarse ni participar en la vida de la asociación. Esto producía un ambiente de tensión intracomunitaria. La elección de un presidente que venía de ese grupo cambió significativamente las relaciones sociales entre los diferentes grupos de usuarios.

La relación entre Félix, José y Alick fue muy tensa al comienzo. José estaba muy desilusionado del resultado, acusaba a Félix de individualista por no haber querido aliarse con él en contra de Alick. Félix decía a todo el mundo que él había obtenido votos que no habían sido contabilizados. Había un ambiente de tensión entre los usuarios antiguos y los nuevos. Se decía, incluso, que la dirección había hecho un pacto con los rusos para poner a Alick como presidente. Finalmente, tras varias reuniones y sobre todo después de que organizaran, entre los tres, la fiesta de fin de año se logró una alianza. Los tres trabajan juntos respetando cada uno el lugar del otro.

El CVS representa, desde su creación, un cambio importante en la manera en que las personas usuarias tienen para relacionarse con los profesionales que trabajan en EGO. El consejo reconoce la diferencia entre usuarios y profesionales y define quienes son las personas legitimadas para representar a los usuarios. Es evidente, desde que

ese consejo se estableció, que lo que diga el presidente para defender a los usuarios tendrá más fuerza que lo que diga un usuario cualquiera. Esa disparidad puede incomodar a algunas personas pero muestra el paso de una relación de democracia directa, como era la organización de EGO en sus comienzos, a una forma más institucionalizada. La pregunta sobre cómo se puede mantener la participación de los usuarios luego de la institucionalización puede ser ahora respondida. Hay que institucionalizarla también. Es la diferencia entre una asociación pequeña en donde trabajan únicamente voluntarios y se recibe un número limitado de beneficiarios y una estructura grande en donde el personal es asalariado y hay una gran frecuentación.

A modo de conclusión

Cuando una persona entra por primera vez a EGO es recibido por los *“accueillants”* y por los usuarios que le indican los diferentes servicios a los que puede acceder: reducción de riesgos, tratamiento de la adicción, talleres, visitas culturales, etc. El usuario será invitado también a participar en la vida de EGO, donde podrá tener un rol activo y propositivo en un lugar en donde existen instancias reales de participación y de defensa de los derechos de los usuarios que permiten cuestionar el saber institucional.

El usuario de drogas puede ser algo más que un usuario de drogas recibiendo un servicio. Sin embargo eso no es algo que se encuentre garantizado. Es algo que puede ocurrir y depende, en gran medida, del usuario y de la relación que pueda crear con los trabajadores sociales. El *“accueillant”* debe tener la capacidad de ver a la persona que recibe como algo más que un usuario. Debe también tener la capacidad de cuestionar su rol y de aceptar los cuestionamientos que

recibirá de los usuarios que pueden ser a veces bastante duros. En realidad cuando un profesional viene a trabajar a EGO su rol tampoco se encuentra garantizado. Debe ganarse una legitimidad en el grupo que ni el diploma ni el puesto pueden legitimar por si mismos. El espacio de cada uno es negociado de manera permanente.

En eso consiste el enfoque comunitario de EGO. Nadie sabe cuál será su posición el día de mañana pero todos los que se encuentran presentes esperan poder realizar algo juntos. Los usuarios son reconocidos y aceptados por lo que son sin ser prejuzgados, pero son reconocidos también por lo que pueden ser en una comunidad que se encuentra integrada por trabajadores sociales, médicos, enfermeros, psicólogos, vecinos, etc. El enfoque comunitario que rige EGO puede ser caracterizado como una comunidad a venir (Cavalcanti, 1995). La comunidad no es definida ni por un espacio geográfico (no todos los usuarios de EGO vienen del barrio), no es definida por una característica de identidad o interés común (las identidades e intereses son heterogéneas), no es definida por las reglas institucionales (las reglas son negociables); la comunidad está dada por la participación conjunta a un espacio simbólico: “La comunidad deviene un espacio abierto, sin límites claros, fundado sobre la diversidad y el respeto de las diferencias en un proceso permanente de renegociación y redefinición de sus contornos” (Cavalcanti, 1995, p. 8).

La comunidad se define, entonces, por lo que las personas presentes harán de ella. Si ella se transforma en institución, tal como EGO, con una historia, un financiamiento de acuerdo a misiones específicas, con su régimen de poder, debe tener una organización que permita que el conflicto se exprese y que el saber institucional sea cuestionado. No bastan, entonces, los espacios de expresión o de

elaboración o los que tienen un objetivo “terapéutico”. Los espacios de diálogo deben ser lugares en donde se expresan y se buscan soluciones a conflictos reales.

Establecer una cultura del dialogo entre los usuarios de drogas, profesionales, y vecinos permite superar los modelos de tipo educativo y de autoayuda. No hay maestro ni discípulo como en la educación y no hay una reducción del usuario a su identidad de toxicómano como en los grupos de autoayuda. No se trata tampoco de producir un cambio únicamente en la subcultura de consumo de los usuarios de drogas. El diálogo permite un cambio cultural en todas las partes implicadas. Los usuarios cambian sus hábitos de comportamiento y consumo considerando el ambiente y la salud, los profesionales cambian completamente sus prácticas cuestionando sus saberes y los vecinos perciben de una manera diferente a los usuarios de drogas limitando los prejuicios.

Los pares en EGO no son solamente los usuarios, son también los profesionales, los vecinos y todos los que acepten compartir un devenir común.

Referencias

AURORE. (2011). *Aurore association reconnue d'utilité publique en 1875*. Consulté 6 mai 2013, à l'adresse <http://aurore.asso.fr/>

Bennour, M., & Tassin, D. (1994). *Projet pilote de reduction des risques : Espoir goutte d'or* (Rapport intermediaire) (p. 22). Paris: Centre d'étude des quotidiens.

Cadet-Taïrou, A. (2012, septembre). Résultats ENA-CAARUD 2010 - Profils et pratiques des usagers. OFDT.

Cavalcanti, L. (1995). *Toxicomanie et travail communautaire : du difficile art de concilier le conflictuel. L'expérience de l'Association Espoir Goutte d'Or*. Ass. EGO. Consulté à l'adresse http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=59289

Costes, J.-M. (2011, octobre 14). *Bilan de 15 ans de réduction des risques liés aux usages de drogues en France et recommandations de l'expertise collective de l'INSERM*. Présenté à Colloque THS-10, Biarritz. Consulté à l'adresse http://www.ths-biarritz.com/?page_id=1724

Friedman, S. R., Des Jarlais, D. C., & Sotheran, J. L. (1986). AIDS health education for intravenous drug users. *Health education quarterly*, 13(4), 383-393.

Ingold, F.-R., Ingold, S., & Jacob, C. (1992). *La transmission du V.I.H. chez les toxicomanes: pratiques, attitudes et représentations*. Paris, France: IREP.

Neira, R. (1991). Et les toxicomanes ? *Informations sociales*, (15), 66-68.

Trautmann, F. & Barendregt, C. (1994). *The European Peer Support Manual: Peer Support as a Method for AIDS Prevention in Injecting Drug User Communities*. NIAD, Project « Aids en Druggebruik ».

7. ELABORANDO MATERIALES

Carles Sedó

EdPac

Presentaremos en este artículo diferentes materiales relacionados con las drogas que hemos realizado con una metodología participativa. La mayoría iban dirigidos a jóvenes aunque alguno se pensó para población adulta y algún otro para agentes sociales. O, en otras palabras, para facilitar el trabajo preventivo con jóvenes a quienes están con ellos y ellas cada día.

Empezaremos con algunas reflexiones previas que son hijas de nuestra experiencia. Y no es que sea más válida que otras, pero es la nuestra y desde ella hemos construido nuestro estilo.

Primera reflexión. En lo que respecta a las drogas, el hecho de trabajar con jóvenes –que no para jóvenes– no asegura un buen resultado. De la misma forma, tampoco la calidad está asegurada si quienes decidimos el qué y el cómo somos profesionales. Muchas veces los chavales o las chavalas pueden tener un discurso mucho más *carrinclón* y tradicional que el de personas que les doblan la edad. Nos hemos encontrado muchas veces, verbigracia, defendiendo *a pesar suyo* su libertad para poder decidir qué consumir y qué no. Además aquellos –escrito adrede en masculino porque ya sabemos que a los del sexo masculino nos suelen gustar los sitios de representación y de poder– que ostentan sitios de poder (p.e. representantes de grupos o colectivos de jóvenes) tienen un discurso de lo más institucional, que se asemeja bastante a lo que diría una persona “adulta”.

Segunda reflexión. La importancia no está en si quien participa es profesional o es del otro lado, sino más de qué tipo de profesional

y de joven se trata. Lo que nos ha funcionado es trabajar entre personas que estábamos en sintonía, y no las etiquetas que pudiéramos llevar unas y otros.

Tercera reflexión. Esto de la educación entre iguales hay que discutirlo, porque si somos iguales ya nos lo tenemos todo dicho. La gracia está justamente en enriquecernos con la diferencia. Posiblemente lo que abra puertas o cierre ventanas no será tanto quién lo dice sino cómo. Creemos en la educación entre iguales entendiendo *iguales* como una manera de trabajar en la que nadie está por encima de nadie, al margen de los estudios, el conocimiento o la edad.

Cuarta reflexión. Las categorías de personas usuarias y profesionales, jóvenes o técnicas, no son excluyentes. Se puede ser fumadora diaria de cannabis y prevenir su uso problemático, o trabajar en drogas y ser joven (con todo lo que implica). El problema está cuando nos subimos a la parra y nos parece que nuestra intervención como técnicos nada tiene que ver con nuestra vida. Hace muchos años Mann, un alto cargo de Naciones Unidas, invitaba a los y las profesionales que intervenían en temas de VIH/Sida a usar el preservativo tal como defendían. Y también algo no funciona cuando no sabemos –deficiencia harto frecuente entre quien trabaja temas de drogas– y no preguntamos.

Si decidimos elaborar nuestros propios materiales fue por varios motivos. El más importante ha sido que no nos gustaba lo que había. Por una parte se ha tendido a vestir de información lo que básicamente eran prejuicios y preceptos morales que nada tenían que ver con la salud. Y por otra que poca cosa había para personas que consumían drogas o las tenían (muy) cerca. La mayoría de los que

vimos iban dirigidos a reforzar la abstinencia de quien no las consumía, y no hay que ser muy ávido para darse cuenta de que poco leerá sobre drogas alguien a quien no le interesen en absoluto. Después de ver materiales realizados por administraciones públicas en el Estado sobre la MDMA que la asocian a una jeringuilla, que dicen que te puede matar al día siguiente en la ducha, o que se pueden conseguir los mismos efectos yendo de excursión a la montaña con los amigos, o cambias de profesión o decides crear alguno que no plantee semejantes barbaridades.

La primera experiencia participativa la tuvimos en una campaña comunitaria sobre las drogas –cuando la heroína causaba estragos individuales y sociales– que se diseñó, realizó y difundió en un grupo de trabajo formado por asociaciones de vecinos y vecinas, sindicatos, un grupo de estudiantes, entidades del ámbito de las drogodependencias, la coordinadora de grupos de mujeres y nosotros.

La experiencia fue interesante aunque tuvimos un error del que aprendimos. Cercenamos la metodología participativa –partiendo de que todas las personas del grupo sabíamos qué pasa y podíamos decidir qué hacer– cuando un día impartimos una sesión teórica sobre las drogodependencias. Ese día, nos colocamos *por encima* de las entidades y rompimos un poco la magia. Era el año 1993 y la campaña, que se hizo en Santa Coloma de Gramenet se llamó *Todos tenemos problemas...*

La siguiente experiencia la tuvimos trabajando con el espacio joven de la ciudad. Creamos unos artículos y unos materiales de prevención para jóvenes a partir de un personaje (Macaria) dibujado por Azagra, un referente del cómic y de las luchas y reivindicaciones

sociales en la ciudad. Posteriormente Carlos Azagra se llevó el personaje a la revista El Jueves y nos invitó a hacer unos guiones. La línea del personaje –una tía de lo más cañera– era desenfadada y usaba la jerga de cierto tipo de jóvenes.

La mejor evaluación de la iniciativa fue cuando unos cuantos miembros de asociaciones de personas alcohólicas rehabilitadas se mosquearon muchísimo con nuestra línea. Y es que pensamos que si algo tiene que gustar a jóvenes, no tiene que agradar a quien no lo es. El *privímetro* y una K-7 (cassette) con historias grabadas se hicieron en el 95.

El *privímetro*–para no conducir *taja*– fantástico. Pero la cassette nos salió mal. Los y las jóvenes que grabaron las voces venían de un grupo de teatro y eran buena gente, pero las historias eran golfas y quedó demasiado forzado. Para grabar la voces tendríamos que haberlos ido a buscar al bar (ahí están los que beben) o al parque (ahí están las que *fuman*).

Para facilitar el trabajo sobre drogas del profesorado de secundaria realizamos una asignatura para tratar durante más de 20 horas el tema de las drogas. Como su consumo juvenil no se puede separar del ocio, la música, la fiesta y el sexo, decidimos que tuviera tres ejes simultáneos: las drogas, la música y el sexo. El material explicaba por qué se pincha en vinilo el *techno* o qué es el *black metal*, o planteaba situaciones de un grupo de jóvenes que tenía una banda (Coloma y Gomorra) en las que se mezclaba –como pasa por la noche– el consumo, la gente y movidas varias. Estaba hecho desde una perspectiva muy atrevida de reducción de riesgos, algo muy desconocido por entonces.

Se pidió la colaboración en su realización a mucha gente que lo hizo encantada y por la cara. Escribieron contenidos 33 profesionales y entidades de toda España, del mundo de la música, las drogas, el VIH/Sida, la publicidad o la salud. Entre ellos los que crearon el primer macrofestival de música del Estado (el Espárrago Rock), el Anuario de música de El País, radios libres, centros de tratamiento de las drogodependencias, revistas de música...

Pero la propuesta no funcionó. Pretendíamos que, mediante el trabajo en el aula del crédito variable *Drugs, sex & rock'n'roll*, se diera protagonismo a las y los jóvenes más difíciles llevando al aula los temas en que sí son expertos (la golfería y la música). Pero nuestra idea debía ser demasiado exigente para una estructura –la educación formal– que no se distingue precisamente por la flexibilidad. El material –diferente a todo lo que se había hecho hasta el momento– pedía un profesorado muy implicado y con una sensibilidad especial, así que únicamente fue válido para algunos grupos y no para un uso universal. La asignatura –con un cuaderno para el alumnado y otro para el profesorado– se editó en 1998.

Como sabíamos que la droga que más la lía es el alcohol, el siguiente paso fue hablar sobre él. Por aquel entonces –y seguimos ahora igual– siempre que los medios decían “Se venden drogas en la puerta del instituto” nosotros dudábamos si se refería a los pequeños *dealers* de hachís, al bar o a la farmacia. Creamos un grupo de trabajo con jóvenes que se movían alrededor del espacio joven del Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet para hacer algo sobre la *bebida*.

En seguida salió la idea de un cómic. Aquella época se leía mucha historieta urbana –no como ahora que prima el manga comercial

y el porno. Además, Santa Coloma siempre había tenido buenos dibujantes y una vasta historia de la historieta. Se decidió crear personajes diferentes para que todo tipo de chavalas y chavales se sintiesen más o menos cerca. Raúl dijo que una tenía que ser la *pinzitas* (de colores), otra comentó que tenía que haber un radikal, otro que... Los escenarios que se escogieron eran todos de la ciudad. Todas las historias hablaban de El Patas –un protagonista que no aparecía en ninguna viñeta–, y lo dibujaron estudiantes de Joso (la escuela de cómic por antonomasia). Los dibujantes –como buenos jóvenes– pasaron del encargo e hicieron lo que les dio la gana. Pero nosotras también: recortamos con tijeras algunas viñetas y movimos otras, para respetar nuestro guión y *voilà*.

Cuando ya estaba semiacabado unas compañeras de Álava se lo revisaron desde una perspectiva de género (todavía no sabíamos de eso) y nos ayudaron a mejorarlo. Por eso en la edición definitiva una chavala le da un guantazo a un tío que le mete mano (obviamente sin permiso) y otra deja tirado en un descampado a un chaval que quiere follar sin condón. Ya estamos en el 2000.

Lo siguiente fueron los porros. Nos reunimos una serie de profesionales de la prevención –una educadora y dos educadores– de los ayuntamientos de Parets del Vallès y Santa Coloma de Gramenet, y la ONG Asaupam. Coincidíamos en ciertas cosas: primero, no había nada serio dirigido a jóvenes que fumaban porros; segundo, no teníamos ningún interés en *perseguir* el consumo ni a quien lo practica sino en darle herramientas para que –si quiere y puede– se evite problemas o actúe con celeridad en caso de haberlos; tercero, queríamos partir de la realidad –lo que hay, así sin más– y no de las típicas situaciones forzadas de laboratorio que se suelen plantear. Las películas esas de

las *víctimas* de la presión de grupo, o de la gran personalidad que tenían quienes no fumaban y la falta de ídem de quien sí le daba a los porros, siempre nos habían parecido una memez.

Decidimos los temas que tenía que tocar y, lo primero que hicimos, fue valorar qué tipo de redactado tendría. Escribimos una misma idea de dos maneras: una formal y neutra (tipo “Quien fuma tendrá que valorar...”) y otra en argot de joven semigolfo. Hicimos trabajo de calle con chavales fumetas y por unanimidad escogieron el escrito de manera informal. Nos sorprendió que no dijeran “nos gusta más” sino “lo entendemos más”. Cuando preguntamos si *comía la olla* la mayoría dijo que no hasta que uno, al final, comentó: “Bueno, un poco sí, para qué nos vamos a engañar”.

Con la delegada de atención al menor –que llevaba libertades vigiladas de chavales que se habían despistado a la hora de cumplir la ley– arreglamos que la medida de un chico fuese colaborar en el material. Al chaval lo habían pillado con más gramos de los que se entiende que son para el *consumo propio*. Javi, no sólo se entusiasmó con el curro y se encargó de que diferentes tipos de jóvenes –todos ellos y ellas fumetas– se repasasen todo y lo mejorasen, sino que se trabajó una página entera de contenidos por su cuenta. Pensó que faltaba y la hizo. Evidentemente era de lo mejor del material.

A partir de las revisiones con jóvenes *fumetas* tuvimos que cambiar algunas cuantas afirmaciones. La más simpática fue que nos dijeron –en la calle y bajo los efectos de unos cuantos *petardos*– con una aplastante unanimidad “los porros no enganchan”. Nosotros pensamos “pues suerte que no enganchan porque debes llevar más de cinco esta tarde” pero callamos la boca. Si apostábamos por escu-

charles teníamos que ser consecuentes y actuar en base a lo que nos decían. Nuestra propuesta inicial se cambió por “Quizás los porros no enganchen pero tú te puedes enganchar a los porros”.

En seguida se apuntó al equipo un técnico de la Generalitat y pasamos a ser cuatro. Además de sus mejoras, se encargó de su edición y revisión científica. Y luego también Jordi y Teresa se lo revisaron y le dieron sus toques. Por último Rai de Portugalete –uno de los preventólogos más creativos e interesantes que han tenido las Españas–también lo mejoró y se ofreció a pagar el diseño. La imagen del material no se buscó que fuese atractiva: porque si era para jóvenes que consumen no buscábamos que fuera atractivo. Y el estilo de redactado buscaba la complicidad, porque la gente que hacía el material no escribía “hacia fuera”.

No sólo el cómo fumar se hizo de manera participativa sino también la parte de frase sobre la manera de no hacerlo. Las frases sobre cómo decir *no* las recogimos en dos plazas a partir de las respuestas de grupos de chavalas y chavales: “Te ofrezco un porro y no quieres, ¿qué me dices?”. Después de mucho trabajo el Que rule... salió en 2003.

También hubo problemas. Nos tocó poner alguna frase que no nos gustaba nada pero que era necesaria desde una perspectiva de ultraprevisión sanitaria. Hicimos alguna afirmación infundada que habíamos escuchado sin comprobar si era una realidad o un mito, como que era frecuente adulterar el hachís con neumático. Y fuimos víctimas de una campaña que, unos años más tarde, hicieron contra el material algunos diarios de los que se creen garantes de la moral y que llevan fatal toda realidad que no sea la que ven dentro de sus cuatro paredes.

La Generalitat encargó una evaluación externa del material para saber si podía tener un impacto contrapreventivo en quienes no fumaban. El resultado fue sorprendente: gustó a los y las jóvenes canábicas, y reforzó a los que no fumaban en su decisión. Además, los jóvenes que no tomaban drogas expresaban que estaban tan hartos como los primeros de que en temas de drogas se les tratase como idiotas y se les dijeran qué tenían que hacer. ¿Sería que la joven juventud tiene criterio y sabe decidir? La evaluación se hizo en 2005.

La siguiente experiencia trataría el tema de la cocaína. Volvimos a montar un equipo de trabajo formado otra vez por personas que nos entendíamos, que compartíamos una misma visión del tema de las drogas y que, sobretodo, teníamos ganas de sumar nuestro esfuerzo para hacer un material innovador y arriesgado. Éramos el mismo equipo inicial del *Que rule...* al que se sumó un técnico del Ayuntamiento de Alicante y otro de Granollers.

Se decidió no ir por sus efectos ni por los problemas asociados a su consumo, sino limitarnos a cuestionar las películas *farloperas* que se suelen montar las personas que usan bastante esta substancia. Pretendíamos cuestionar el prestigio asociado a cierto consumo y la cultura que lleva de la mano. Siempre nos ha parecido que lo importante y lo definitivo no son las drogas –que, pobrecitas, no dejan de ser objetos inanimados– sino las personas que las usan y los códigos y prácticas que pueden tener.

El servicio de mediación de justicia de la Generalitat nos puso en contacto con un chico que tenía una medida judicial por tráfico de cocaína. Se subió en seguida al carro y tomo la función de tejer un puente entre nuestro trabajo y jóvenes que usaban cocaína. Y así lo

hizo. Se llevaba propuestas, las mejoraba o las cambiaba (“Esto no lo decimos así”).

La Generalitat finalmente lo editó, Alicante se encargó de aportar un apartado genial del material y buscó un diseño que potenciase el contenido –y vaya si lo logró. La edición que hizo acullá era con una portada en papel plateado. De esa manera, cuando se leía su título –*Los fantasmas de la coca*– veías tú cara reflejada junto a la frase. Una muy buena e inteligente manera de abrir la reflexión.

El folleto no incluía ni una propuesta de actuación (ni para no consumir, ni para hacerlo), limitándose a machacar la fantasmería. Finalmente dudábamos si acabarlo –tras la frase “Esto es lo que hay”– con la pregunta “Algo habrá que hacer ¿no?”. Nuestro joven enlace fue rotundo: “Dejadlo en ‘Es lo que hay’”. Aprendimos entonces a que a veces lo mejor es no decir nada; abriendo ideas para pensar los propios jóvenes ya se encargarán de decidir qué hacer con ellas.

El material se nos quedó con una pata coja. Hicimos una revisión de género para no cometer un error que cometimos en otra ocasión en un material también para gente usuaria de cocaína, cuando una chica nos dijo sobre una viñeta con una protagonista: “Una tía no hace esto”. Las situaciones que planteaban eran básicamente *masculinas* –el mundo asociado a la cocaína reproduce lo mismo que afuera: los hombres encabezamos la tontería y la fanfarronería. Valoramos si poner situaciones más frecuentes entre ellas y finalmente nos pareció que quedaría más como un pegote o un *quiero y no puedo*. Así que se decidió que sería no un material para personas consumidoras de cocaína sino para hombres consumidores.

En una reunión del equipo –en plena euforia y depresión postparto tras unos cuantos meses de trabajo– dijimos que únicamente

se podía hacer un trabajo así si se conocía la realidad. De manera que si para trabajar el cannabis teníamos que estar al día, para intervenir en temas de cocaína teníamos que estar a la noche. Los fantasmas de la coca vio la luz en 2005.

La última propuesta materialista y participativa que explicaremos ya no se limitaría al tema de drogas. Tal como planteamos en una e-mesa redonda de la CLAT virtual, está bien hablar de drogas pero hasta cierto punto. Nos estamos cargando los derechos sociales, estamos esquilmando los recursos naturales y contaminando el futuro de quien habitará el planeta después de nosotras, las transnacionales están gobernando más que los gobiernos, la política corrupta está al servicio del capital, y las finanzas empobrecen las clases trabajadoras o –directamente– las expulsan del mundo laboral.

Así que nos planteamos realizar un material para jóvenes que tuviera que ver con la fiesta pero que tratase muchos más temas y buscase no tanto la salud individual como la salud comunitaria, la justicia, la solidaridad y la sostenibilidad. Si sugería no tomar cocaína –y buscar otras maneras de estimularse– no era por la salud de la persona que la quería usar, sino por su impacto en las poblaciones campesinas e indígenas del Altiplano latinoamericano.

Montamos un equipín de trabajo –esta vez la plataforma sería la asociación Educación para la Acción Crítica– para hacer propuestas dirigidas a jóvenes que salen de fiesta (¿quiénes no lo somos no salimos?). Estaba formado entre otros por un educador músico, una educadora que había dirigido un espacio joven y un centro cultural, y más gente. Con el centro de interés de bares –cada tema es un bar– esta vez no sugeríamos reflexiones sino directamente acciones. To-

das ellas para implicarse de manera constructiva en temas de género, de consumismo, de diversidad, de cultura local, de respeto y algunas más. Juventud de la Generalitat nos pagó la edición tras hacer alguna corrección que otra. Nos comentó que nos movíamos justo en la línea roja; es decir, una propuesta atrevida y activista pero no tan radical para que no nos dieran apoyo.

El Consejo de la Juventud de Navarra enseguida se animó –llevábamos años colaborando en cositas– y seguimos trabajando conjuntamente. Se encargaron de mejorar las propuestas y de realizar el diseño. Sigue la metodología de empoderar a las chicas y a los chicos que forman parte del mundo asociativo para que con su metodología cercana intervengan en su ámbito. De ahí que vieran necesario realizar una propuesta didáctica para impulsar actividades de refuerzo de los temas que trabajan y una presentación para la formación en ocio crítico de agentes sociales. Y como se tenía que hacer, se hizo. Los materiales *Fiesta crítica* –que en catalán nos permitió escribirlo de dos formas con una misma pronunciación, con los sentidos “fiesta crítica” y “hazte crítica”– y el material didáctico para organizaciones juveniles *Propuestas para des-educar a los jóvenes en la noche*, nacieron en 2007.

Y no se trata de hacer conclusiones, porque las experiencias y los materiales quedan abiertos. Algunos siguen en el tintero y otros quedan obsoletos. Del *Que rule* se ha hecho una nueva edición en 2011 para adaptarla a la nueva situación: se consume más *maría* que hachís o hay una mayor preocupación por los trastornos mentales de personas con predisposición que la consumen. En la nueva versión participó un dirigente de un club de consumidores de cannabis y nuevos expertos.

Pero sí podemos comentar alguna cosa a modo de despedida. No hemos evaluado los materiales de una manera rigurosa. Hemos seguido su repercusión y si gustaban o no, pero se ha quedado ahí. En algunos casos hemos vivido con satisfacción saber que a ciertos profesionales no les ha gustado nada algún material que hemos elaborado. Nos hubiera preocupado –y mucho– que les hubiera encantado, porque querría decir que compartíamos *su* modelo de trabajo.

A veces nos ha resultado más fácil realizarlo que repartirlo, porque pedía recorrer las calles y las plazas, y la silla del despacho tiende a reclamar más tiempo del que tocaría. O, esta vez sin eufemismos, nos ha dado pereza salir e ir a donde tocaba.

Hemos tenido en cuenta la sostenibilidad y, siempre que ha sido posible, hemos editado en papel reciclado y ecológico, y con una imprenta que trabajase según los preceptos de la economía social y solidaria. También, y desde hace un tiempo, usamos la licencia *Creative Commons* que permite usar y copiar (aunque no para lucrarse), porque entendemos que el saber nos pertenece al pueblo y, en consecuencia, de todo el mundo es.

Casi nada de lo que hemos hecho hubiera sido posible sin el apoyo de administraciones públicas que han apostado por un trabajo atrevido y todo menos políticamente correcto. Y es que la administración está formada –sobretudo– por personas que tienen un espíritu de servicio público y que hacen todo lo posible para poner facilidades (aunque la burocracia endémica también haga de la suyas). Cargos políticos y gestores han dado la cara por nuestros materiales –y por nuestro estilo de trabajo– cuando ha habido problemas; no han escondido el ala sino todo lo contrario. Y esto se agradece, la verdad.

Nuestra experiencia nos ha demostrado que el trabajo en equipo suma cuando partimos de modelos comunes y tenemos el pacto no explícito de arriesgarnos y apostar por cosas nuevas. Cuando esto no ha sido así, no ha funcionado. La última experiencia de trabajo entre administraciones y ONG que lideramos –que tenía que ver con jóvenes pero no con drogas– acabó de la peor manera posible. Por una parte se integraron al equipo personas que no tenían nuestra perspectiva crítica y, por otro, personas con cargos de responsabilidad empezaron a recortar (“esto no se puede poner” “con aquello podemos tener problemas”). Y, todavía peor, sufrimos aquella actitud prepotente que tienen algunas personas que se sientan en la poltrona pública de controlar y actuar a golpe de autoritarismo. ¿El resultado? Mucho trabajo de técnicas de la administración perdido –con el coste que supone– y nuestro activismo. Pero, aunque también hemos tenido experiencias de este tipo, por suerte son las menos.

Hay más materiales por explicar –posteriores a estos– como uno hecho para chicas que están con los *voy de duro*, u otros que nos ha traído muchos problemas, pero ya está bien con tanto materialismo.

Y gracias por último –que por mucho que parezca un *clásico* es de lo más sincero– a todas las chavalas y a todos los chicos que nos han ido enseñando a trabajar mejor. Todavía recordamos cómo nos enseñaron a intervenir en lo real y no en la repetición de peroratas a todas luces inútiles, riéndose de las tonterías *antidrogas* que decíamos. O en aquel que nos dijo –tras la afirmación de que quien fuma porros cada día está *empanado*– “Oye, ¿me ves a mí con cara de empanado?” ayudándonos a romper tópicos que teníamos asumidos. O aquella que...

La mejor devolución la tuvimos cuando preguntamos a un chaval que le habían dicho sobre un material que habíamos hecho. “Es lo que hay” contestó. Y nosotras, y nosotros, pensamos: “¿Será que por fin estamos haciendo algo para los jóvenes, en vez de para nosotros mismos?”. Parecía que empezábamos a curarnos un poco de esa enfermedad que padecemos a menudo quienes trabajamos en drogas: hacer cosas para nosotros mismos con el pretexto de hacerlo para gente joven.

8. EDUCACIÓN ENTRE PARES COMO MARCO PARA LA GESTIÓN DE LA INCERTIDUMBRE

Lorena Briozzo

El Abrojo/Programa Alteraciones

La educación en drogas está generalmente asociada a la tarea preventiva, la de anticiparse a un comportamiento de riesgo (el uso de drogas) que se pretende eludir. En lo referido al trabajo educativo o sanitario: “adolescencia y uso de drogas” nos lleva, casi inevitablemente, a ver un problema que corresponde por “lógica” evitar.

Interesa aquí analizar la construcción de cierta intencionalidad pedagógica enmarcada en un “deseo desesperado de erradicar el peligro”, asociado a lo que Castel llama “la ideología de la prevención generalizada”. La misma embiste muchas áreas de lo social y en lo relativo al uso de drogas viene a renovar una perspectiva prohibicionista y con fuerte componente moralizador que tiene en el abstencionismo y en la idea de “un mundo sin drogas” la única meta posible y deseable.

Aquí la *estigmatización* o la *sobreprotección* parecen ser las alternativas donde nos posicionamos como educadores y desde donde construimos el vínculo con *el otro*. Ese *otro*, el sujeto queda así “fuera de juego”: “No depara ninguna sorpresa, ya que de él sólo se espera que asuma su condición como destino”¹. Los procesos de enseñanza aprendizaje quedarían así pautados en base a la predeterminación

¹Violeta Nuñez - Conferencia: La educación en tiempos de incertidumbre: Infancias, adolescencias y educación. pag 14

universal de las trayectorias vitales.

La referencia teórica que ofrece la llamada cultura o sociedad “del riesgo”, caracterizada por una “inflación” del riesgo y de la preocupación por la seguridad se acopla con la lógica educativa y esto provoca distorsiones a la hora de pensar políticas y prácticas; son embestidas por una intención de tipo contenedora para evitar desvíos de lo considerado saludable, para asegurarse y anticiparse a riesgos posibles y sin encaminarse en la búsqueda de formas de regular las modalidades emergentes de socialización de las infancias y de las adolescencias: *las nuevas modalidades de construcción de la socialidad de cada sujeto*.

La pregunta es: ¿cómo nosotros en tanto educadores somos capaces de abrirnos a la incertidumbre de trayectorias vitales *otras*?

¿Es deseable que un adolescente de 13 años use bebidas alcohólicas como medio de socialización con pares y de inclusión en determinados circuitos sociales?, ¿cómo estrategia exclusiva de diversión de fin de semana? No lo es. Pero aquí una tecnología de la prevención universalmente aplicada será una estrategia malograda: implica una apreciación sesgada y por tanto un cierre a la diversificación contextualizada de la oferta educativa. Aquí vemos planteos como los de “aprender a decir que no” o “retrasar la edad de inicio del uso de drogas”, válidos sí, pero parciales.

En el marco de aquella “ideología de la prevención generalizada”, el razonamiento lógico será plantearse como objetivo el evitar el posible daño, sin considerar e incluir en el análisis pedagógico y las prácticas educativas, los posibles beneficios o funcionalidades situacionales, personales y culturales desde la perspectiva de los sujetos protagonistas en un contexto social determinado.

Si el supuesto es que el devenir está supeditado a las decisiones que tomemos hoy, entonces la prevención a rajatabla parece ser la alternativa más conveniente en términos de la relación entre posibles beneficios y posibles daños. Al decir de Luhmann: “En la sociedad actual ha aumentado la dependencia de decidir sobre el futuro de la sociedad de tal forma que las ideas sobre el futuro predominan por encima de las formas esenciales que restringirían por sí mismas como naturaleza lo que podría suceder”.²

Esta crítica no plantea que nos resignemos al devenir de los acontecimientos y las tendencias pero sí implica como estrategia la búsqueda permanente y creativa de vínculos educativos de proximidad que operen como referencia significativa en la vida de los adolescentes.

Aquí es donde se plantea el dilema entre la prevención y la incertidumbre.

Las debilidades planteadas en este sentido y la responsabilidad que nos compete como educadores, nos llevan a reflexionar sobre tres puntos clave que permiten al menos abrir al cuestionamiento y a la revisión de nuestras prácticas también en la temática del uso de drogas con adolescentes y jóvenes.

- **La concepción del sujeto** y su relación con el uso de drogas.
- **La intencionalidad y práctica educativa** aplicada a cada situación de consumo y contexto.
- **La forma de articulación y complementariedad** entre la propuesta de **Educación en Drogas desde la Gestión de Riesgos** y el

² Luhmann, N. Sociología del riesgo. pag 42

campo educativo, abarcando ámbitos formales y no formales.

1.- La concepción del sujeto y su relación con el uso de drogas - apertura a la incertidumbre del propio proceso

Existe una tendencia a asumir que las personas tienen aversión al riesgo y esto no siempre es de esta manera. Coincidimos con Mary Douglas en que no sólo las personas corren riesgos intencionalmente, sino que además existen múltiples formas de percibirlos, las cuales varían entre los diferentes grupos sociales de acuerdo a los diferentes contextos y culturas. Esto amplía y complejiza el marco para el diseño de dispositivos y contenidos educativos a desarrollar en el abordaje: el riesgo como comportamiento buscado, la gestión de riesgo (y no su evitación) como proceso de aprendizaje tanto para los adolescentes, como para nosotros en tanto referentes educativos y sanitarios. Ese será el desafío del oficio de Educar en Drogas desde la Gestión de Riesgos: identificar y renovar esos dispositivos y contenidos.

Adolescentes y uso de drogas

En muchos adolescentes y jóvenes de las sociedades urbanas occidentales contemporáneas la búsqueda de riesgos (entre ellos el uso de drogas) parece cumplir funciones bien específicas y relevantes desde el punto de vista de la socialización y desarrollo psicosocial: vértigo- placer, someter el cuerpo a prueba, atractivo de transgredir, pertenencia grupal, etc.

Concebimos al uso de drogas como un comportamiento de riesgo y resulta central diferenciarlo de las nociones de peligro o daño con las que se lo confunde habitualmente.

El riesgo es una probabilidad que involucra potencialmente

daños y beneficios. “un riesgo en el sentido propio de la palabra es un acontecimiento previsible, cuyas probabilidades de producirse pueden estimarse, así como el costo de los daños que provocará”.³

En este marco, desde Alteraciones de El Abrojo⁴ destacamos la pertinencia de algunos presupuestos básicos en lo referido al uso de drogas en adolescentes y jóvenes:

1. La vivencia y valoración del beneficio asociado al uso de drogas con la correlativa subestimación de los daños, posibles o actuales.
2. La funcionalidad del uso de drogas como comportamiento de riesgo en esta etapa de la vida.
3. El hecho de que las intoxicaciones sean los daños más frecuentemente asociados y no las dependencias o la deserción escolar, por ejemplo.
4. Los usos problemáticos signados por las intoxicaciones son comportamientos transitorios asociados pues a la funcionalidad del uso de drogas para esta etapa vital (más riesgo del daño futuro).

Nos referimos aquí a la dimensión personal del riesgo en tanto comportamiento (de riesgo), en este sentido lo entendemos como opción humana con racionalidad propia y referenciada a su contexto.

Por tanto la Gestión de Riesgos puede ser concebida como un

3 Castel, R. pág. 77

4 Ver referencia en El Equilibrista – guía educativa para el trabajo con adolescentes en prevención del uso problemático de drogas TOMO I, 2007- El Abrojo. Editorial Frontera-
www.elabrojo.edu.uy/equilibrista

proceso de aprendizaje que, tanto espontánea como planificadamente y/o con una intencionalidad educativa externa, busca regular el tránsito por un comportamiento o una situación de riesgo.

Como educadores esta tarea nos exige involucrar no sólo la dimensión **personal**, sino las condiciones **situacionales** y **sociales**, en tanto que la combinación de estos tres aspectos configura el mapa de facilitadores u obstáculos a gestionar.

2 – La intencionalidad y práctica educativa aplicada a cada situación de consumo y cada contexto

Educación en drogas (≠ enseñar a drogarse)

La educación en drogas refiere a la intencionalidad de promover los aprendizajes que habiliten el desarrollo de estrategias de gestión de los riesgos asociados al consumo. Estas estrategias serán siempre contextualizadas y de acuerdo a la situación podrán implicar o no la abstinencia, lo que quiere decir que en términos de *prevención* estaríamos hablando de Prevención del Uso Problemático ya que no incluye necesariamente la prevención del uso como propósito. La tarea se enriquece involucrando otros contenidos educativos tales como:

- Representaciones sociales: constituye el tratamiento de las creencias construidas culturalmente sobre las drogas, con la intención de problematizarlas y desmitificarlas para contribuir a que la aproximación a la temática sea de tipo científico y no moral.
- Efectos, riesgos y daños del uso de las diferentes drogas: información sobre las diferentes sustancias,

desarrollo de contenidos educativos, preventivos y de GR con la intencionalidad de que se constituyan en recursos para confrontar situaciones habituales (directas o indirectas) de consumo. Por ej., efectos de la mezcla de bebidas alcohólicas, fundamentos y “piques” para hacer un consumo cuidado, y procedimiento para asistir a un amigo que sufre una sobredosis, o efectos toxicológicos de la PBC (pasta base cocaína) y pensamientos recurrentes de los usuarios que están en la “rosca del consumo y la fisura” ofreciendo alternativas de “achique”, personas y lugares de contacto amigable, prácticas simples de prevención de recaídas, etc.

- Habilidades sociales: pretende fortalecer en los adolescentes comportamientos saludables y en pro de la convivencia (mirada crítica, toma de decisiones, autocuidado, cuidado de los demás y el entorno) con relación al uso de drogas y con relación al vínculo con otras personas, situaciones u objetos.

La concepción de Educar en Drogas desde la Gestión de Riesgos está basada en el Modelo de Reducción de Riesgos y Daños pero implica un viraje en la concepción, puesto que supera las nociones de prevención y reducción de daños.

Este matiz destaca desde la noción de “gestión”: por un lado, el protagonismo del sujeto (usuario o no usuario) en la definición del riesgo, en los objetivos y la construcción de medidas de cuidado para mejorar una situación determinada; y por otro, el reconocimiento del riesgo como aspecto no excluyente del concepto de salud.

“Gestionar” implica que el sujeto (persona o colectivo) es

quien autorregula el riesgo de acuerdo a sus intereses y necesidades. En este sentido, la reducción o la evitación de un comportamiento de riesgo no es una meta cuando es una imposición desde la mirada técnica externa; y sí lo es cuando se reconoce como tal desde el protagonista, ya sea espontáneamente o mediante un proceso de diálogo y negociación con un agente externo.

Entendemos junto con Pat O'Hare que la Perspectiva de Gestión de Riesgos incluye a todas aquellas estrategias socio-sanitarias y educativas que tienen como objetivo disminuir de una manera jerárquica y variada los efectos negativos de cualquier comportamiento de riesgo.

La perspectiva en términos amplios, a modo de “paraguas” como aquí fue definida incluye potencialmente diferentes objetivos que de acuerdo a cada situación y contexto requerirá del diseño de diferentes modalidades de intervención, lo que se manifiesta en un tipo de abordaje diferencial y complementario:

Los requisitos esenciales para el desarrollo de la estrategia de Gestión de riesgos en cualquiera de estos niveles estarían pautados en:

1.- La realización de un **diagnóstico** específico⁵ y mapa social, que busca conocer potenciales daños, beneficios y comportamientos de riesgo asociados al consumo en cada contexto; y conocer los actores

5 Claves para el diagnóstico (usar el triángulo invertido como referencia) : 1.- precisa identificación del daño que se pretende evitar (por ej intoxicaciones, accidentes, deserción educativa, etc.). 2.- explícita y detallada identificación de los comportamientos de riesgo determinantes de ese daño (consumo abusivo, consumo frecuente, mezcla de bebidas alcohólicas, etc). 3.- detallada identificación de los factores determinantes individuales, situacionales, comunitarios y sociales determinantes de esos comportamientos de riesgo (exclusividad del consumo como medio para la diversión).

referentes o potencialmente referentes (adulto familiar, comerciante, docente, enfermero, líderes pares, etc.).

2.- Diversificación y ampliación de la oferta educativa y “profesionalización” de referentes sociales, educativos o sanitarios (proximidad, inclusión, adaptabilidad).

3.- La forma de articulación y complementariedad entre la propuesta de Educar en Drogas desde la Gestión de Riesgos y el campo educativo, abarcando ámbitos formales y no formales.

El desafío está en desarrollar intervenciones contextualizadas y a su vez formalizar o pautar estas intervenciones “espontáneas” con el fin de hacer de los vínculos y situaciones cotidianas, marcos que promuevan la gestión de los riesgos asociados al uso de drogas. Cada situación puede ser “formalizada” mediante la tríada: escucha – propuesta – acuerdo. Se trata de una modelización oportunística en el sentido de hacer de cualquier encuentro una oportunidad para la acción educativa y de su encuadre un proceso de enseñanza-aprendizaje.

La tarea de pautar los escenarios cotidianos para transformarlos en oportunidades educativas requiere de la identificación y profesionalización de referentes para cada ámbito (docente, educador, referente adulto, policía, quiosquero, bolichero, etc.), y de la propuesta y transferencia de herramientas conceptuales actitudinales y contenidos educativos para la gestión de los riesgos identificados.

En este proceso de formalización que involucra el abordaje de segundo orden se vuelve a hacer central la dimensión ética-

estratégica del acto educativo pues será mediante estos entramados que se pongan en juego y se sustenten en el largo plazo los marcos, los escenarios, los contenidos educativos y las modalidades de abordaje desde los propios actores contraparte (aplicabilidad en contexto).

La tarea de transferencia metodológica contextualizada con estos actores será pues otro de los campos de especial cuidado para la intervención del facilitador⁶ en esto de “la responsabilidad que encierra el acto entre el **conservar** y el **transformar**” (Rodríguez, Dalton, 2009).

CLAVE CONCEPTUAL ORIENTADORA. *La educación puede revertir el destino o las trayectorias predestinadas de los sujetos, pero no anticiparse o modificarlo desde una mirada externa.*

Es aquí que la proximidad, la inclusión y la adaptabilidad de la intervención operan como guía central de autorregulación para nuestra práctica en tanto facilitadores “a dos puntas” de procesos de **formalización**, y sin distorsionar la **innovación educativa** que esto implica; ya que en definitiva lo que se busca es multiplicar las chances de incidencia en la realidad de otros y esto puede ponerse en riesgo tanto con la mera generalización, como con la sumatoria de experiencias micro sin articulación en un proyecto educativo sustentable y de largo plazo.

Muchas veces la interpretación distorsionada desde los decisores políticos y educativos en cuanto a la Perspectiva de Gestión de Riesgos aplicada a la Educación en drogas, sumado a la ya mencionada incidencia de “la ideología de la prevención generalizada” crea un

⁶ Rol del Docente –Educador como Facilitador: lo definimos como el agente que desempeña el rol de facilitar procesos propios de las instituciones, las personas y sus contextos

marco desfavorable para el diseño de un proyecto socio educativo consistente e integrado desde esta perspectiva, lo que nos deja como escenario el de la sumatoria de ensayos, potenciando quizá la veta innovadora a nivel micro pero debilitando la posibilidad de propiciar el desarrollo de una política social en drogas.

Conciliar la innovación y la institucionalización-formalización de las prácticas educativas será uno de los “gajes del oficio” también para la Educación en Drogas desde la Perspectiva de GR.

Así mismo, implicará revisar las concepciones previas sobre: la tarea educativa y sobre la temática del uso de drogas vinculada a la concepción de sujeto de la que partimos. De ahí que su adecuada interpretación y aplicabilidad nos ofrezca su potencial en cuanto a:

- **La producción de conocimientos micro.** Percepciones y tolerancias de riesgo, tipos de consumo, diversidad de situaciones y necesidades, culturas de consumo, etc.
- **La Inclusión social y educativa.** Aplicable a todas y las diversas situaciones y sectores. Usuarios, no usuarios y usuarios problemáticos. Escenarios formal y no formal.
- **La profesionalización del rol.** Cada vínculo se vuelve punto de contacto con redes sociales educativas y sanitarias. Se diversifica la oferta educativa, se amplía la categoría de “referente educativo”.
- **La Educación en contexto.** Construir, sistematizar y transferir ofertas de Educación en Drogas adaptadas, de proximidad. Centrada en el diseño de procesos y trayectorias de Gestión de Riesgos que nos sorprendan y no en la búsqueda

de estereotipos de “patrones saludables”.

El desafío está en que la Educación en Drogas atraviese los diferentes ámbitos y escenarios pero con un hilo articulador, desde un marco pedagógico y político, que complemente el enfoque de Derechos Humanos y el de Salud Pública.

Será una invitación a pensar y repensar el impacto de esta ausencia en la conformación de las culturas juveniles de consumo que quedan por fuera de los ámbitos de participación educativos. Y quizás ahí nos animemos a pensar y transitar el riesgo de educar en medio de otras trayectorias otras, de reinventar el vínculo y los contenidos educativos, de educar como un *antidestino*.

Propuesta

Consumo Cuidado Comunitario

Gestión de Riesgos vinculados a los Usos de Drogas: Todos somos parte.

Se trata de una experiencia de Educación en Drogas que fue desarrollada en el marco de una policlínica comunitaria que cuenta con un espacio de consulta de baja exigencia para Usuarios Problemáticos de Drogas.

Tras la intención de generar un espacio grupal con identidad de “grupo de usuarios” en el barrio proponemos realizar un proceso de diseño y producción participativa de un folleto de Pasta Base y Gestión de Riesgos.

Este material además del objetivo inicial de sellar la identidad de grupo, será un insumo para:

- facilitar la comprensión por parte de los usuarios de un tipo de abordaje sociosanitario respetuoso de los derechos, decisiones y trayectorias personales, mediante la comunicación de “piques” basados en vivencias e intereses significativos.

- con esto facilitar la posibilidad de desarrollar vínculos entre usuarios y referentes del sistema sanitario de base comunitaria.

Formar o modificar la auto percepción de los agentes comunitarios-sanitarios (de diferentes sectores: salud, educación, policía, vecinos, religiosos, comerciantes) en cuanto a su capacidad para incidir o aportar a las situaciones y realidades que presentan problemas vinculados al consumo de drogas, comprendiendo que son parte de las condiciones sociales que ayudan u obstaculizan a construir otras formas de mirar y hacer.

Componentes de la propuesta

La propuesta se sustenta en 4 componentes:

1.- Personal y grupo de pares

Implica el contacto, conocimiento y generación de vínculo con el grupo de adolescentes o jóvenes que serán protagonistas del diseño del material, la planificación y realización del plan de acción comunitario en GR.

Para esto y de acuerdo al perfil del grupo se utilizarán herramientas tales como el Modelo Modificado de Stress Social, la tabla de DAÑOS y BENEFICIOS, realización colectiva de un ARBOL DE PROBLEMAS vinculados al uso de drogas en donde figuran comportamientos y condiciones comunitarias de riesgo.

2.- Situacional

Implica el conocimiento y caracterización de las situaciones de consumo que los adolescentes y jóvenes reconocen como más significativa. Aquí corresponde detallar: a- los patrones y prácticas de consumo asociados b- la diversidad de actores que forman parte de esa situación o situaciones y el vínculo o potencial vínculo que se tiene con ellos.

3.- Recursos educativos, sanitarios y comunitarios y empoderamiento de entramado social de referencia.

Elaboración del MAPA SOCIAL con los adolescentes y jóvenes, basado en sus recorridos y rutas de circulación cotidiana. Contactar esos recursos, conocer sus apreciaciones sobre el tema del Uso de Drogas y sobre las situaciones de consumo que identifican como problemáticas. Indagar acerca de qué perciben estos recursos sobre lo que puede aportar para mejorar las condiciones que sostienen prácticas problemáticas vinculadas al consumo de drogas (ej. evitar comprar cosas robadas evitando contribuir con el circuito de la fisura, tener una actitud amigable con los adolescentes y jóvenes, estar informado sobre los recursos a los que consultar por tema drogas, y otros recursos accesibles con nombre y teléfono de contacto)

Este componente incluye la planificación de estancias breves de entrenamiento acerca de los contenidos planteados en el folleto, la forma de entregarlo y utilizarlo y algunas nociones básicas sobre la Perspectiva de Reducción de Riesgos y Daños.

4.- Folleto de Gestión Comunitaria de Riesgos vinculados al consumo de drogas - Consumo Cuidado, todos podemos hacer algo”

A partir de la realización de un ciclo 4 talleres de intercambio temático, sensibilización en la perspectiva de RRD, dibujo y diseño gráfico, se produce de forma participativa un folleto-guía de recursos de utilidad local que será entregado a usuarios y recursos integrantes del entramado social con el fin de que lo utilicen como herramienta de proximidad e Intervenciones Breves de baja exigencia para el recurso.

Lo que debe distinguir a este material es su carácter local. Un tipo de lenguaje accesible, con contenidos significativos para los usuarios, con datos concretos y referencias de consulta personales.

Metodología

Acuerdo con la contraparte referente del grupo de adolescentes y jóvenes. En este caso el equipo de salud de la policlínica comunitaria.

Realizar una indagación inicial acerca de las representaciones sociales vinculadas al tema del uso de drogas y los usuarios en el barrio. Para ello se utilizará la técnica de bola de nieve partiendo de la policlínica como centro de referencia.

Aplicación de un cuestionario autoadministrado en salas de espera y otros espacios de encuentro y reunión acotados (el mismo formulario puede ser una buena herramienta para ser aplicado con el grupo de usuarios, de forma individual o grupal) con el fin de complementar la indagación acerca de las miradas y prácticas vinculadas al uso de drogas.

Realización de 4 talleres de sensibilización en la Perspectiva de RRD, conocimiento e intercambio sobre prácticas y patrones de consumo y producción artística y escrita como insumos para el diseño del folleto. A cargo de un educador especializado en drogas y de un

tallerista de diseño y producción participativa.

Una vez diseñado el folleto se utiliza el mapa social elaborado para organizar la ruta de intervenciones breves en transferencia metodológica acerca de los contenidos y usos del material, con los referentes comunitarios. A cargo de un equipo mixto constituido por uno o dos integrantes del grupo de usuarios y uno o dos integrantes del equipo de salud de la policlínica.

Se planifican recorridas quincenales de visita a modo de monitoreo de la utilización del material y se registran las observaciones, críticas o sugerencias que puedan surgir desde la visión de los agentes comunitarios y los usuarios del territorio.

Una práctica socialmente sancionada, estigmatizada como lo es la del consumo de PBC (pasta base de cocaína), se logra visualizar como un comportamiento de riesgo del que todos los integrantes de la comunidad y la sociedad podemos aportar un “granito de arena” para romper con las condiciones que expulsan a los usuarios del sistema sanitario.

Referencias

Castel, Robert (2004) La Inseguridad Social ¿qué es estar protegido? Manantial, Buenos Aires.

Luhmann, Niklas - Sociología del riesgo, 3era edición 2006. Dirección de Publicaciones José Guadalupe Zuno 1981 Guadalajara, Jalisco, México

Rodriguez, Dalton (2009). Una oportunidad para aprender. Unesco – Ministerio de Educación y Cultura, 2009. Contenidos en Educación No Formal, Dalton Rodriguez. pág 153

Núñez, Violeta (2007) Conferencia: La educación en tiempos de incertidumbre: Infancias, adolescencias y educación. Una aproximación posible desde la Pedagogía Social.

Briozzo, Lorena; Fernández, Roxana; Lapetina, Agustín ; Vázquez Alberto (2007) - El Equilibrista - guía educativa para el trabajo con adolescentes en prevención del uso problemático de drogas TOMO I y caja de herramientas didácticas TOMO II, El Abrojo editorial Frontera.

Baulenas, Gemma; Borrás, Tre; Magrí, Núria. (1998) Políticas e Intervenciones de Reducción de Riesgos – Grupo Igia. Barcelona.

9. ÉCHELE CABEZA CUANDO SE DÉ EN LA CABEZA

Una experiencia colombiana de trabajo entre pares

Julián Quintero

La historia: Fruto de la Formación entre Pares

Teniendo en cuenta que el objetivo de este artículo es describir una experiencia de formación entre pares y de construcción de material comunicativo más cercano, escribiré este texto en primera persona, pues la formación entre pares se construye cualificando la historia y el capital cultural¹ que poseen las personas, aprovechando y orientando ese conocimiento previo, la cercanía y el “*feeling*” para interactuar con un objetivo claro.

Esta historia tiene origen en Pereira (Risaralda, Colombia), en el año 1995, cuando de la mano de un amigo conocí una revista que para ese entonces se titulaba *Camaleón*², publicación producto de una investigación proyecto denominado *Atlántida*³, el cual fue desarrollado por instituciones del Estado colombiano, organizaciones sin ánimo de lucro y universidades reconocidas del país. La importancia de *Atlántida* es que en su objetivo de conocer integralmente aspectos culturales del adolescente escolar colombiano, logró identificar y concluir que los mensajes de prevención, participación política, movilización social

1 Bourdieu, P. (1976). “Los Tres Estados del Capital Cultural”, en Sociológica, UAM-Azcapotzalco, México, núm. 5.

2 Para información adicional con relación a la revista camaleón, visite: <http://slideshare.net/11K6wtd>

3 CAJIAO, Francisco. “Atlántida: Una aproximación al adolescente escolar colombiano” [en línea]. Bogotá: Fundación FES, 1993 [fecha de consulta: 18 de Junio 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/18R2YxE>

debían ser de “jóvenes para jóvenes”, así como el diálogo entre iguales podría llegar a ser más efectivo para la construcción del carácter, la identidad y la toma de decisiones acertada entre los adolescentes y los jóvenes. Recuerdo entonces que llamó tanto mi atención la publicación de *Camaleón*, que envié una carta que fue publicada y tiempo después terminé siendo coordinador del proyecto.

Cuando el proyecto *Camaleón* alcanzó su madurez, se convirtió en una página web y se transformó en el proyecto *Código de Acceso*⁴. Escuela de comunicación para Jóvenes de la Casa editorial El Tiempo y la Fundación Restrepo Barco, que luego tuvo más socios, dicho proyecto tenía el objetivo de formar en periodismo (redacción, fotografía y diseño gráfico) a adolescentes y jóvenes para que desde su condición etaria transmitieran a otros jóvenes y a los adultos su punto de vista del mundo. Tomé parte de la creación de la escuela y su primera promoción de graduados y allí no sólo pude aprender de las fortalezas del periodismo sino también de su cara menos amable, pues hicimos la práctica en el periódico más leído de Colombia *El Tiempo*, lugar en el cual me desencanté del ejercicio periodístico.

Desde entonces y hasta hoy puedo decir que gran parte de la formación que he logrado alcanzar, a diferencia de la formal académica y la institucional de jerarquía, ha sido entre pares. La investigación también ha sido un escenario que se nutre de la experiencia de los mayores y de la vivencia cotidiana con otros pares profesionales.

El recorrido entre el año 1998 y el año 2008 fue muy variado: había logrado terminar de formarme en *Código de Acceso* y vivía el desencanto por el periodismo. Logré ingresar a estudiar Sociología a la

4 Para mayor información relacionada con el proyecto Código de Acceso, visite: <http://bit.ly/12Qnz39>

Universidad Nacional de Colombia, la universidad pública más grande e importante del país, escenario donde se vivía la euforia beligerante del diálogo de paz entre la guerrilla de las FARC-EP y para ese entonces gobernaba el recién posesionado presidente Andrés Pastrana. En este contexto y durante 6 años de universidad, dos proyectos de los cuales fui parte tuvieron a los pares e iguales como base de formación y movilización.

Primero mi periódico universitario: con la experiencia de producir una revista, de conocer el periodismo desde adentro y con la suerte de haberme encontrado con un amigo de universidad, que resultó ser tan buen escritor como humorista, se dio origen a *El Pasquín*:⁵ *el órgano de difusión de la Coordinadora por la Emancipación de la vacas “La Vaca que Ríe”. Miembro activo del partido Comunista Colombiano, Marxista, Leninista, Maoísta, Camilista, Anarquista, Trotskista, Ni Mierdista, Obrero, Campesino, Visión Moderada (PCCMLMCATNOC-VV)*. Con su visión que cambiaba cada semana, no era más que la narración cotidiana con humor, sátira y crítica a la realidad política, social, económica y farandulera de nuestro país y nuestra universidad.

Usando el anonimato como estrategia y logrando llegar a 3 años de publicación, cerca de 180 números y más de 300.000 ejemplares distribuidos, logramos darle color y alegría a la rigidez discursiva de una universidad pública de izquierda política, anticuada, burócrata y recalcitrante. Una semana nos amenazaban los paramilitares por decir que su presidente Álvaro Uribe Vélez era autoritario, porque era enano e impotente. Otro día nos amenazaba el Ejército de Liberación Nacional (ELN), por decir que uno de sus fundadores, el Cura Camilo

⁵ Para conocer un ejemplar de El Pasquín, visite: <http://bit.ly/11sJc34>

Torres, se enredó en su sotana y por eso lo mataron en su primer combate en el monte. Al final del mes nos amenazaban las FARC-EP, por ironizar con la idea de que su comandante militar era un gordo de 120 kilos, que representaba más la clase alta guerrillera que el proletariado luchador muerto de hambre.

En su momento, con *El Pasquín* logramos poner en diálogo a las facciones más opuestas de la universidad, desde la extrema izquierda hasta la extrema derecha, desde los trabajadores hasta los directivos. También dialogamos con otras universidades, llegamos a tener números inter universitarios, salir del anonimato y dar conferencias, ser beneficiados con diferentes tesis de grado y estudios sobre humor, comunicación política, participación, movilización, etc. Así, con esta experiencia tuve uno de mis más grandes aprendizajes: todos los procesos sociales cumplen y tienen su ciclo, pueden transformarse pero algún día se acaban y se agotan. No siempre vas a ser un igual.

El segundo proyecto interesante en cual participé fue la *Revista Caja Mágica*⁶, de la organización Plan Internacional, una multinacional del asistencialismo, que bajo el modelo de padrinazgo capta recursos en el primer mundo para ayudar a niños en el tercer mundo. El apoyo a los niños y sus familias se orientaba a atender las necesidades básicas insatisfechas, facilitando: agua potable, alimentación, estudio, salud. Sin embargo, a medida que los niños crecían, necesitaban involucrarse en procesos de formación ciudadana, prevención, participación, control social, artes, mecanismos de expresión y en general algún proyecto que los alejara de comportamientos de riesgo (delito, prostitución, drogas) en los contextos marginales donde ellos crecían.

6 Para conocer un ejemplar de la Revista Caja Mágica, visite: <http://bit.ly/17SFBmd>

Claramente aquí ya no fui un par ni un igual: aquí era el coordinador de la estrategia de comunicación y orientaba las acciones de los niños de cuatro zonas del país que se reunían cada tres meses a hacer su revista. Del proyecto fui retirado hacia el año 2006, cuando adolescentes en un municipio de la costa norte de Colombia, gracias a sus procesos locales y el empoderamiento que habían tenido (niños, vecinos y madres) lograron convocar a otros niños a través de la revista, para que se movilizaran por la falta de agua potable en su municipio y en contra de los gobernantes corruptos.

Entre pares, entre iguales, de los mismos

Después de haber terminado la universidad había logrado combinar varias experiencias vitales: la revista Camaleón, Código de Acceso y el periódico El Tiempo, El Pasquín de la Universidad Nacional y la Revista Caja Mágica. Todo apuntaba a que mi vida se orientaría por el camino de los medios de comunicación, específicamente por el de los medios alternativos de comunicación⁷, pero para sorpresa mía la monografía de la universidad fue acerca del tema de drogas, y a partir de allí se quebró mi historia por dos razones.

La primera razón, porque entendí que los medios de comunicación no eran el fin, sino un medio a través del cual se podía difundir una idea, es decir los medios de comunicación son herramientas, estrategias, técnicas, no son una ciencia en sí misma. El mundo está lleno de periodistas que no saben leer, no comprenden la realidad, no tienen idea del contexto, ni de la historia. Los verdaderos comunicadores son científicos o profesionales de cualquier ciencia,

7 Entre el año 2006 y 2009 fui el representante (manager) de Excusa2, un grupo de graffiteros que partieron la historia del Street art en Bogotá y Colombia. Para mayor información acerca del colectivo, visite: <http://excusa2.blogdiario.com/>.

que aprendieron a usar la herramienta del video, la redacción, la fotografía o la ilustración para contar una historia.

La segunda razón, fue entender que las pulsaciones vitales nos llevan a recorrer el camino a partir de las preguntas propias, las individuales, las mías, no las de otros. Cuando era un adolescente “rebelde” (ija!), quería gritarle al mundo lo que pensaba y me conecté con los medios de comunicación. Después cuando tuve mi primera pareja estable y conviví con ella, estuve trabajando en temas relacionados con salud sexual y reproductiva, ejercicio de la sexualidad, etc. Al pasar por la universidad conocí las drogas y seguramente por eso al final me acerqué a un tema que para ningún colombiano es lejano y si te lo propones es fácil de estudiar. Sin embargo también en esa transición hacia el tema de drogas, entendí que mi forma de trabajar ya no era a partir del sujeto (joven) sino a partir de la acción del sujeto (consumo de drogas), por tanto desde entonces creo que me he estabilizado en el tema de drogas el cual complemento con el resultado de mis otros aprendizajes.

Una vez terminada la universidad, y habiendo acumulado una crítica contestataria y desafiante frente a la institucionalidad, recibí la invitación para trabajar con quien siempre había criticado: el programa *Presidencial Colombia Joven*, que no es más que el fortín político y la cuota burocrática de los pequeños politiqueros que empiezan su carrera. Estar allí, no sólo ratificó las críticas que durante años había señalado, sino también sembró un desencanto, que aún no supero, con relación a: la gran distancia entre las estructuras del Estado y las comunidades; y la poca facilidad de la institucionalidad para renovarse, especialmente en una oficina que trata los temas de juventud. En este escenario entendí la segunda lección acerca de los

pares: y es que los hay cercanos y parecidos a ti, pero también los hay diametralmente opuestos e inversamente proporcionales a lo que piensas, crees y luchas.

Hacia el año 2008, por tretas y engaños políticos renuncie a *Colombia Joven* y con otro grupo de profesionales igualmente desencantados, fundamos *Acción Técnica Social -ATS*⁸, que desde el principio le apostó al fortalecimiento del Estado, el desarrollo de políticas públicas y a la reducción de la brecha entre las comunidades, conformadas por los sujetos beneficiarios de las políticas del Estado, y la macro-estructura institucional y burocrática que las debe hacer posibles.

A lo largo del crecimiento organizacional hemos logrado tener claro que nuestras acciones:

- Deben cambiar el rumbo de manera positiva de las personas, comunidades e instituciones que tocamos.
- Deben generar capacidad instalada, es decir respuesta propia sin intermediación de nosotros como ONG, y que en un tiempo estimado debemos retirarnos de la intermediación entre comunidad y Estado para que esta relación sea directa.
- Deben ser operativamente viables en el corto y mediano plazo, desde lo administrativo, político, logístico y económico, entendiendo que los recursos de todo tipo deben ser optimizados y no desperdiciados.

⁸ Creada en abril de 2008 con el siguiente objetivo: “Estimular el desarrollo humano sostenible mediante: la Generación de Alianzas y Redes Sociales, el Fortalecimiento Institucional, la capacitación y cualificación del Capital Humano, la generación de Procesos Investigativos y la vinculación de la empresa Privada en el mejoramiento de la calidad de vida de la población colombiana. Para mayor información visite: www.acciontecnica.com

ATS ha sido nuestro centro de mando, nuestro eje articulador, la escuela de aprendizajes que nos ha llevado a combinar metodologías clásicas con visiones contemporáneas de la manera cómo se debe trabajar con la comunidad. Dice la prensa que vamos “un paso adelante del Estado”⁹, es así que hemos creado la Metodología para la Acción Técnica Social (MATS), es decir una manera de trabajar con la comunidad, donde los beneficiarios de las acciones estén desde el principio hasta el final del proceso, para que hagan parte de la transformación de su realidad.

La MATS consta de tres componentes consecutivos y tres componentes transversales.

Componentes consecutivos:

1- Diagnósticos participativos, identificación de actores claves, vinculación de los sujetos: una vez se define el territorio y el fenómeno que será abordado, se procede al acercamiento mediante redes de trabajo existentes. Con la participación de los beneficiarios finales, se da inicio a un proceso de diagnóstico previo y así mismo se perfilan las posibles soluciones.

2- Formación de pares y transferencia metodológica: una vez se tiene caracterizado el fenómeno y definidos los actores claves que pueden modificarlo, se da inicio a la formación de pares. Es decir compartir y transmitir conocimientos específicos acerca del fenómeno abordado (drogas, sexualidad, convivencia, etc.) de tal manera que los

⁹ Consulte un artículo periodístico relacionado con nuestra gestión, disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/articulo-411620-vamos-un-paso-adelante-del-estado>

pares (jóvenes, padres, líderes comunitarios), aquellos que ya están inmersos en el conflicto, los puedan desarrollar a partir de sus habilidades sociales.

3- Diseño e implementación de estrategias para cambiar el fenómeno: una vez el fenómeno está diagnosticado y los actores pares están formados, se debe diseñar una estrategia de intervención, un mecanismo para cambiar la situación abordada (reducir el consumo de drogas, aumentar el uso del condón, disminuir las riñas entre culturas juveniles, etc.), estas estrategias parten del diagnóstico, pues no siempre es una estrategia comunicativa para brindar información (cartillas, videos, folletos, graffiti) también puede ser un campeonato de fútbol, una granja de agricultura urbana, un desfile de modas, etc. Lo importante es entender que la estrategia considera una intervención diferenciada, teniendo en cuenta el contexto particular del territorio.

Los componentes transversales son:

1. Sistematización, seguimiento, evaluación y medición de impacto: cada uno de estos componentes es similar pero busca un objetivo distinto. Inicialmente son orientados por un profesional, pero se busca que los pares y la comunidad se apropien de la herramienta y de la necesidad para evaluarse. La evaluación no viene al final, se diseña desde el principio, en la fase diagnóstica y hace parte de todo el proceso.

2. Gestión técnica, política, administrativa y estratégica: la ejecución y puesta en marcha de los proyectos no

sólo requiere de una problemática, de profesionales capaces, de una comunidad dispuesta y de pares con habilidades, también requiere de presupuesto, voluntad política, capacidad técnica y oportunidad estratégica para que se desarrolle. Un proyecto no se puede llevar a cabo sin recursos y sin voluntad política y esto requiere un trabajo especial.

3. Comunicaciones: las comunicaciones hacia adentro como hacia afuera del proyecto son fundamentales. La interacción entre pares requiere una técnica y unos protocolos así como el manejo de los medios de comunicación. ¿Cómo se le presenta a la sociedad el abordaje de un problema para que sea aprehensible y no genere resistencias? ¿Cómo se da el diálogo con las instituciones públicas?, ¿con la comunidad?, por eso dividimos las comunicaciones en Mediáticas, Focalizadas, Comunitarias, Políticas, Entre Pares y Estratégicas.

Pero siguiendo con la historia, para el año 2009 tuve la oportunidad de conocer de primera mano el trabajo de Energy Control (España), su labor en la reducción de riesgo, mitigación de daño, con voluntarios, piezas comunicativas, páginas web, el servicio de análisis de sustancias, etc. Así, con mis ideas previas, sumado a mi acercamiento a la experiencia de Energy Control, y el ímpetu de querer hacerlo en Colombia, logré que hacia finales de ese año, iniciara la puesta en marcha de nuestro proyecto *“Échele Cabeza cuando se dé en la Cabeza”*¹⁰.

10 *“Échele Cabeza cuando se dé en la Cabeza”*, es un proyecto de la Corporación Acción Técnica Social -ATS- apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y el Ministerio de Salud y Protección social, que brinda información relacionada con reducción de riesgos y mitigación de daños en el consumo de Sustancias Psicoactivas. El proyecto busca promover una cultura de la gestión de riesgo y el placer, sin importar si se habla de sustancias legales e ilegales, comportamientos sexuales o hábitos de rumba. Visite: www.echelecabeza.com. o

Nuestra organización ya llevaba un año de haber sido fundada, pero requería de un proyecto propio, novedoso, que fuera una propuesta fresca y alternativa al fenómeno del consumo de drogas entre los jóvenes bogotanos. Sin embargo, y aunque el contexto político no era el mejor, la *Política Pública para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto del año 2007*¹¹ nos brindaba todas las herramientas para avanzar con este enfoque de reducción de riesgo y daño, pares y comunicación alternativa en el tema de drogas.

Lo primero entonces, fue asumirnos como usuarios de sustancias psicoactivas legales e ilegales que podíamos brindar información veraz y objetiva, acerca de la reducción de riesgos y daños a nuestros compañeros de fiesta y consumo. El conocimiento básico de la experiencia psicoactiva se alimenta y cualifica con nuestra formación profesional, áreas de investigación, asistencia técnica extranjera y con un enfoque de comprensión, diálogo y sin señalamientos. La fórmula era sencilla.

La comunicación alternativa en la transmisión del mensaje

El enfoque tradicional y clásico para abordar el tema de las drogas se ha caracterizado por varios errores estructurales:

- 1) Estrategias construidas de arriba hacia abajo, de los escritorios a la calle.
- 2) Mensajes que buscan negar, prohibir y esconder, basados en el miedo y el terror.

escriba a echelecabeza@gmail.com.

11 Política Nacional para Reducción del Consumo de SPA y su impacto 2007. Colombia.

Disponibile en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Politica%20nacional%20SPA.pdf>

- 3) Piezas comunicativas opacas, sin color, planas, hechas para padres asustados y no para jóvenes usuarios.
- 4) Lenguaje acartonado, adulto y salubrista.
- 5) Impresos de baja calidad, videos de mala resolución, estampados en camisetas para padres de familia.

Frente a estos elementos la respuesta en realidad no era muy complicada.

- 1) Estrategias comunicativas construidas desde abajo hacia arriba o mejor de manera horizontal, con los beneficiarios finales, en los barrios, las calles, las universidades.
- 2) Mensajes basados en información, responsabilidad y reflexión donde la verdad y la evidencia científica fuera la base del contenido.
- 3) Piezas comunicativas con luz, color, creativas, en diferentes formatos y focalizadas para adolescentes y jóvenes de la globalización cultural y la revolución tecnológica.
- 4) Uso de lenguaje cotidiano, frases de los jóvenes que pudieran proyectar la esencia del mensaje.
- 5) Producción comunicativa de alta calidad, impresos en el mejor papel, con los mejores diseños, los mejores artistas y las mejores tintas, videos en alta definición y musicalización acorde a estos tiempos.

En el año 2012 y 2013 el mundo se nos vino encima literalmente, es decir que pudimos contribuir a que Colombia se posicionara como

un actor protagonista en el debate de la reforma de políticas de drogas a nivel mundial, entre muchas actividades que realizamos, algunas fueron: la Marcha Mundial Cannábica 2011, 2012 y 2013; el Plantón por la Reforma de Políticas de Drogas frente al Ministerio de Justicia; y la IV Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas en diciembre del año 2012. Esto alimentó el llamado mundial a que Colombia asumiera su autoridad moral para hablar sobre el tema de drogas con carácter y legitimidad.

Así, esta visibilidad hizo que los medios de comunicación, los políticos, las ONGs, otros países, los tanques de pensamiento y muchos más actores involucrados en el tema de drogas, observaran a Colombia y sus procesos con más detenimiento y profundidad. En nuestro caso, hemos tomado y contextualizado experiencias internacionales en reducción de riesgo y daño como la de Energy Control para “*Drogas de Club*”, o como *Insite* de Vancouver para drogas altamente adictivas como la heroína¹². Podríamos decir que no es nada novedoso como estrategia, lo novedoso es que sea Colombia en su condición de país exportador de drogas, prohibicionista, alineado con la política norteamericana y gran beneficiario del Plan Colombia, el mismo que a su vez permite portar y no penaliza una de las dosis mínimas más altas del mundo (20 gramos de cannabis, 1 gramo de cocaína y 5 gramos de hachís), y considera el consumo de drogas como una enfermedad de salud pública que debe ser atendida por el sistema de salud.

12 “Hacia la prevención, mitigación y atención del consumo de heroína en Colombia”: Un proyecto de la Corporación ATS que dio inicio con una estrategia de comunicación en 5 ciudades del país, y en el mes de julio de 2013 empezará el primer programa de distribución de jeringas en Colombia en las ciudades de Bogotá, Pereira y Cúcuta. Para mayor información, visite: www.heroinaencolombia.com

Échele Cabeza cuando se dé en la cabeza 3ra temporada

Son ya tres años largos del proyecto. La primera vez que salió al aire eran simples fotocopias en papel de colores que se distribuían en las fiestas de Jairo Re.Set y la Universidad Nacional de Colombia, donde empezamos a trabajar. Para el año 2010 el Ministerio de Salud decidió apoyar tímidamente el proyecto, cuyos integrantes tenían el veto de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), por “promover el consumo” con enfoques de reducción de riesgo y daño. Con este apoyo institucional logramos mejorar los impresos y contar con un montaje logístico para fiestas y eventos en la distribución de información. En los años 2011 y 2012, el proyecto se financió con recursos propios, una saga de ocho piezas comunicativas y un afiche fueron la imagen que sirvió para posicionarnos entre los jóvenes capitalinos, llegamos a las redes sociales y a la web para recoger experiencias y compartir información.

Gracias al éxito y la acogida del proyecto, para el año 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaria de Salud de Bogotá, decidieron apoyar su desarrollo, que tiene como principal componente las piezas comunicativas, o cartillas de información, diseñadas por 11 de los más reconocidos graffiteros de Bogotá (Saga Uno, Lesivo, DJLU, DeadBird, SaintCat, Smoking my Ganja, Toxicómano, etc.), cuyo arte no es comercial ni negociable, pero que desde hace varios años son cercanos al proyecto y este año se pudo materializar esa cercanía.

El trabajo fue sencillo: como primer paso se realizaron tres grupos focales con población LGBTI, Punk y Electrónica, donde se caracterizaron estas poblaciones a través de una cartografía social

que incluyó variables como: consumo, fiesta, encuentro y movilidad, también se realizaron ejercicios para identificar la percepción de riesgos y de daños en consumo de drogas, estrategias propias para aminorar riesgos y daños, líneas de vida en su contacto con las sustancias, consumos culturales y comunicativos, lenguajes, jerga y comunicación cotidiana. El segundo paso fue convocar a los graffiteros de la ciudad, con quienes llevamos un trabajo de años, invitándolos a que se sumaran a la propuesta, varios escogieron diseñar las piezas de la sustancia que consumen, otros simplemente la que les pareció cercana. El paso a seguir fue realizar tres mesas de trabajo sobre contenidos comunicativos, frases, lenguaje, estética y validación de piezas con los mismos participantes de los grupos focales. Al final un excelente impresor, un joven también cercano a la causa, imprimió las piezas de la mejor calidad. En este aspecto el proyecto no escatimó recursos de ningún tipo.

Pero el proyecto no sólo son piezas comunicativas: también hemos implementado una zona de recuperación para grandes fiestas, entendida no como un lugar que presta servicios médicos de urgencia, sino como un lugar de descanso, tranquilidad, para manejo de crisis, hidratación y para retomar calorías cuando el “viaje va mal”. Por último, contamos con un stand informativo para distribuir las piezas y entregar información, así como también con una página web, grupo en Facebook y Twitter, que nos permiten difundir nuestro mensaje y mantenernos en contacto con nuestros usuarios.

Conclusiones

Nos estamos volviendo viejos, hay que hacer el relevo generacional para el caso del proyecto *“Échele Cabeza cuando se dé*

en la Cabeza". Se puede ser juvenil toda la vida pero adolescente y joven sólo un ratico, por lo que es necesario renovar el equipo constantemente.

Es imperativo innovar constantemente. Hoy fueron los graffiteros, mañana serán los videógrafos en celular, hay que estar al día en la lectura de los consumos culturales -y en drogas- para saber hacia dónde orientar las estrategias.

Cuando un proyecto se nutre de tantas personas, todas se creen parte y dueños de él. Un proyecto como "*Échele Cabeza cuando se dé en la Cabeza*" se ha convertido en una "rock star" y como tal se debe a su público, a los usuarios de drogas, con quienes habla, responde y aconseja y, por supuesto, de los cuales se deja orientar.

Aunque en los proyectos se vea poca gente en el frente de batalla, es decir en la interacción directa, requieren un trabajo previo y la armonización de muchos actores. Se construye entre todos: la institucionalidad, la política, el gobierno, los consumidores, los técnicos, las redes internacionales, el comité científico, los diseñadores, los funcionarios públicos y los ciudadanos en general.

Las ONGs y las organizaciones de las Sociedad Civil son el puente entre la estructura del Estado y la cotidianidad de las personas. Las acciones no se desarrollarían ampliamente sin el trabajo conjunto de ambos, el Estado institucionaliza y la sociedad civil puede asumir riesgos que el Estado no.

Cuidarse de las malas energías, asumir las pequeñas pérdidas y perseverar con convicción. Los temas que reforman y transgreden deben incomodar a alguien, si esto no sucede vas por el camino

equivocado, hay que ser respetuoso con la crítica, compasivo con la envidia y alerta con la amenaza.

Nota: *El día que terminé de escribir este texto salió publicado en el portal de la BBC Mundo, el artículo llamado “Los catadores de drogas en Colombia”¹³, referido a nuestro servicio de análisis de sustancias, que puede ejemplificar claramente en qué consiste el trabajo entre pares, respaldado por la institucionalidad. Ese mismo día terminaba la paciencia de Antoniu LLort, quien me invitó a escribir este artículo y a quien agradezco la visión de mundo que me dio aquel día que lo conocí en Porto en el Clat5, luego me apasionó del tema de heroína y pasados de copas conspiramos en mi casa. A él Gracias por seguir este trabajo de pares.*

13Artículos periodísticos que destacan nuestra gestión. Disponibles en:

“Los catadores de drogas”. http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2013/06/130616_colombia_drogas_laboratorio_analisis_aw.shtml

Bogotá quiere de aliada a la marihuana. http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2013/03/130322_colombia_marihuana_combate_adicciones_bogota_aw.shtml

Colombia's capital banks on marijuana cure for hard drug addicts: <http://www.miamiherald.com/2013/05/07/3385818/colombias-capital-banks-on-marijuana.html>

Análisis químico de la fiesta

<http://www.elespectador.com/noticias/bogota/articulo-425748-analisis-quimico-de-fiesta>

10. LA DIFERENCIA QUE HACE LA DIFERENCIA:

La ampliación de la mirada de género e introducción a una teoría del cuerpo. Una estrategia para aprender junt@s

Antoni LLort

Tre Borràs

Grup Igia

Pla d'Accions sobre Drogues de Reus

Hospital Universitari Sant Joan Reus

Nuestra experiencia parte del trabajo realizado en el Servicio de Atención a la Salud Mental y Adicciones del Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Este se propone dar respuestas adaptadas a las cuestiones relacionadas con el uso y abuso de sustancias psicoactivas a nivel ambulatorio y comunitario, desarrollando una estrategia de intervenciones basada en la filosofía de la Reducción de Daños y Riesgos y en la acción-participativa de las personas usuarias (Pla d'Accions sobre Drogues de Reus¹).

Desde uno de los puntos de contacto y acceso a los diferentes servicios para personas con carencias de tipo social, relacional y que presentan perfiles diversos de consumo de sustancias, el Centro de Acogida y Actividades “La Illeta”, organiza intervenciones basadas en una oferta lúdico cultural alternativa, diseñada y llevada a cabo con y para ell@s; programas de inclusión social, educación para la salud

1 www.infodroguesreus.com

(dónde se incluye, entre otros, formación para el consumo de menos riesgo, prevención de sobredosis o toma de conciencia del consumo) y de atención a necesidades básicas (higiene personal, lavandería, alimentos básicos, talleres ocupacionales y atención psicosocial) que implican no sólo el trabajo directo del equipo del Centro de Acogida (educador@s sociales, monitor@s) sino la participación del conjunto de profesionales (médic@s, terapeutas, enfermer@s, trabajador@s sociales...) para la coordinación, diseño, realización y apoyo al conjunto de actividades.

El dispositivo y el plan de acción consideran la importancia de incluir y propiciar el trabajo entre pares, la co-participación de y entre las personas usuarias, y para ello proponemos una síntesis en este capítulo, poniendo especial énfasis en el trabajo realizado con mujeres usuarias y en la necesaria redefinición del concepto género.

La creación de la Asociación de usuari@s (Reus somos útiles) A.R.S.U.² en 1999 fue fruto de la experiencia aprehendida y del conocimiento de otras asociaciones y modelos europeos (Francia, Holanda) a través de programas y documentación facilitados por Grup Igia³, la posterior vinculación con la asociación somos útiles (ASUT) de Barcelona culminó la creación de ARSU, que suma actualmente a unas veinte personas en sus reuniones.

Estos encuentros semanales se han convertido no sólo en un lugar de escucha activa entre los participantes creando un espacio *a-propiado*, sino que se establecen relaciones de educación y apoyo entre pares, centro neurálgico para organizar, tomar decisiones,

² www.arsu.es

³ www.grupigia.org. Véase el documento: Programas de reducción de riesgo: grupos de usuarios, tratamientos con heroína, información y educación para un mejor uso de drogas. PROYECTO ATLAS (1996). Descargable en la misma web.

opinar, proponer, dinamizar y promover la participación de las personas usuarias en distintas actividades que la asociación realiza durante el año y que a la vez complementan y apoyan las actividades del Centro La Illeta.

Estas las podemos resumir en:

Proyecto Di-Pi: Diversificación de Puntos de Intercambio de jeringuillas. Este permite a los usuarios gestionar, previa formación entre pares, un punto de intercambio mecanizado de jeringuillas que complementa los otros 4 puntos ya establecidos a nivel comunitario en la ciudad para este fin: Farmacias (una de ellas 24h), Servicio de Urgencias (cubre todas las franjas horarias no cubiertas por las farmacias 365 días al año), Servicio de Salud Mental y Adicciones y La Illeta, optimizando la accesibilidad al material estéril de inyección ubicándose en un punto cercano de una zona de compra-venta y consumo en la calle. El proyecto Di-Pi también incluye campañas semanales de recogida en la vía pública de jeringuillas usadas y otra parafernalia, así como limpieza y adecuación de los espacios para un consumo con menos riesgo, acercamiento a usuari@s de drogas en activo con el fin de informar y asesorar sobre los recursos a los cuales pueden acudir, sobre prácticas de reducción de daños y riesgos, sensibilización para la participación en los proyectos y actividades de la propia asociación y registro de todas las actividades enumeradas. Con la implicación de las personas usuarias en este proyecto, remunerado simbólicamente, podemos cerrar un círculo de acción-participativa en el que en el mejor de los casos las propias personas contactadas en las zonas de consumo pueden potencialmente, gracias al apoyo de sus iguales participar y beneficiarse de este tipo de dinámica una vez empezado el itinerario de acompañamiento, integración al grupo y

participación en los proyectos.

Campañas de sensibilización: Las jornadas de sensibilización como el 1 de diciembre, día internacional sobre VIH-SIDA, 31 agosto día internacional sobre la sobredosis, 28 de julio día internacional sobre las Hepatitis, 21 de julio día internacional de recuerdo a las personas que murieron por causas relacionadas con el consumo de drogas, entre otras jornadas, marcan el ritmo de las actividades destinadas a la concienciación y formación entre pares en el seno de la asociación y en las actividades de la Illeta. La relación e intercambio de experiencias con y entre otras asociaciones homologas del territorio y otras de ámbito nacional e internacional, la participación en distintas redes de promoción del activismo relacionado con los derechos de las personas consumidoras de drogas (Plataforma Drogológica en Cataluña), la sensibilización y promoción de conciencia ciudadana y activista, son parte fundamental de la organización de este tipo de actividades, así como también la difusión y construcción de relaciones con los medios de comunicación locales⁴ y otros agentes sociales que contribuyen al logro de los objetivos de visibilización y normalización. El diseño y desarrollo de este tipo de jornadas reivindicativas se basa en la realización de talleres formativos dirigidos a y por l@s usuari@s sobre las distintas temáticas específicas para que posteriormente puedan organizar los suyos propios, favoreciendo una línea de traspaso de conocimientos atractivos e interesantes para personas usuari@s y profesionales. El proyecto audiovisual (Riesgos no, gracias)⁵ es uno de los ejemplos de trabajo conjunto, y que pone a disposición de las personas usuarias una pequeña guía y material de apoyo para

4 http://www.arsu.es/?page_id=33

realizar formación así como sobre la prevención de la infección de VIH y Hepatitis entre UDVP o la última campaña para la prevención de la Hepatitis “Si consumes... ¡infórmate! diseñada conjuntamente por varios miembros de la asociación.

Actividades lúdico-culturales: La participación en este tipo de actividades es una oportunidad valiosa para la educación en los principios universales de ciudadanía y la aproximación colectiva a eventos culturales y lúdicos. Las personas de la asociación participamos en festividades ocupando espacios compartidos con otras entidades, en el ámbito público buscando visibilización y nuevas visibilidades del colectivo, participando y aprendiendo distintas especificidades y habilidades, a partir del calendario cultural tradicional y festivo del territorio. Sin duda alguna la visibilización, participación activa y la inclusión en las redes ciudadanas activas es una fuente de salud y un buen complemento a las distintas intervenciones bio psico sociales que se realizan alrededor de la gestión del fenómeno de consumo de sustancias psicoactivas con personas que experimentan dificultades, enfermedades y exclusión social.

Espacios de ocio nocturno: El Plan de Accions sobre Drogues de Reus y la estructura de la asociación ARSU cedió, en el marco de sus estatutos, la posibilidad de que jóvenes profesionales y estudiantes con los que comparten espacios e intervenciones, diseñaran un programa de participación en espacios de ocio nocturno⁶ para la implicación de jóvenes en tareas de sensibilización y gestión de uso más responsable de sustancias psicoactivas (legales e ilegales). Para ese fin las personas integrantes del proyecto se desplazan a los espacios de fiesta para acercar información objetiva sobre las distintas propiedades y efectos

⁶ <http://festa.arsu.es>

de sustancias de uso y abuso en la “fiesta” y también para poner a disposición herramientas de disminución de riesgos relacionados con el consumo. Ejemplo de ello es un servicio de análisis de sustancias in-situ, como estrategia de acercamiento a personas que consumen estimulantes ilegales, un dispositivo de medición del grado de alcohol en aire expirado para facilitar que se puedan minimizar los riesgos de la mezcla de alcohol y conducción. Se pone a disposición de los jóvenes un espacio de descanso (chill-out) dónde también, a parte de darse un respiro, se pueden realizar consumos de menos riesgo bajo la supervisión de las personas encargadas del programa, evitando siempre el consumo en presencia de menores o prácticas de compra-venta no aceptadas por razones legales en el marco del programa. Durante 2013 y después de cinco años de experiencia y voluntariado se empiezan a realizar talleres de formación abiertos a la población de 18 a 35 años, para facilitar la participación como agentes activos en este programa de intervenciones en escenarios de ocio nocturno.

Nuestra tercera experiencia, después de las actividades de ARSU y las acciones en el ámbito del ocio nocturno y que vamos a desarrollar más extensamente está relacionada con el trabajo específico con mirada de género y a las diferentes identidades sexuales. De la población a la que atendemos, las mujeres representan una cuarta parte del total, pero al mismo tiempo observamos: que algunas requieren de intervenciones específicas y en ocasiones más intensas que la mayoría de personas usuarias y que a la vez algunas cosas se nos escapan cuando pensamos y queremos adaptar nuestras intervenciones al género y/o sexo. La primera consideración a la que nos adscribimos (Gil, 2013) es la de entender el sistema sexo-género, como un sistema de dominación que se sitúa en la historia de distintas maneras, por eso no podemos decir que es igual en todo el mundo,

262

pero existen sin embargo unas pautas comunes, hay una división dicotómica entre hombres y mujeres, dónde desde esta posición las mujeres se sitúan habitualmente en posiciones de desigualdad. Otra de las características es la heteronormatividad, es decir, que divide el mundo en un mundo masculino y uno femenino y asocia el mundo masculino y el femenino a un sexo determinado y ello afecta directamente a la accesibilidad y especificidades de los colectivos que consumen sustancias psicoactivas y que desarrollan problemáticas relacionadas.

Durante la última década, el tema del género se ha convertido en un ámbito fundamental de los debates del desarrollo y han recibido un papel destacado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU. Sin embargo, las consideraciones de género inicialmente y mayoritariamente se han quedado al margen de las políticas de drogas y tampoco han profundizado en la complejidad del concepto. El discurso dominante sobre las mujeres que consumen drogas se centra en el marco de la vulnerabilidad al contagio del VIH y ETS. Pero hay otros factores que han recibido hasta la fecha poca atención en políticas de drogas y en estrategias de desarrollo, como la situación social de las mujeres y su frecuente bajo nivel de autonomía, el estigma social, la pérdida de la custodia de los hijos, así como la falta de servicios para la reducción de daños, el tratamiento de la dependencia de las drogas y la atención de la salud destinados a mujeres⁷.

En Europa, hasta una cuarta parte de las personas que han desarrollado problemas graves relacionados con el consumo de drogas ilegales son mujeres. Aproximadamente uno de cada cuatro

7 Guía sobre políticas de drogas. IDPC. Segunda Edición. 2012. <http://idpc.net/es>

consumidores de drogas que entran en tratamiento por consumo de drogas son mujeres y una de cada cinco muertes directamente relacionadas con el consumo de drogas se encuentran entre las mujeres (Hankins, 2008; Becker y Duffy, 2002 en EMCDDA, 2009). Mientras que la mayoría de los servicios de atención están diseñados para los consumidores de drogas masculinos - ya que son el grupo de clientes predominante - es ampliamente aceptado que la política de drogas y la eficacia de los programas se ven reforzadas cuando se reconocen las diferencias de sexo y se abordan específicamente las diferentes necesidades de las mujeres y los hombres. La sensibilidad de género debería basarse en los principios que incluyen las opiniones de las propias personas usuarias de drogas. Los estudios epidemiológicos recogen datos cuantitativos sobre las diferencias de género en el uso de drogas, en particular con respecto a la mortalidad, el riesgo de las enfermedades infecciosas, los resultados de los distintos tratamientos y las estadísticas penitenciarias. Sin embargo, hay una escasez de información sobre los aspectos más cualitativos del uso de drogas para las mujeres en Europa⁸.

La mayor parte de las terapias existentes para el tratamiento de las drogodependencias han sido diseñadas pensando en los hombres, lo que dificulta, cuando no impide, el adecuado tratamiento de las mujeres y otras afinidades de género. Las mujeres drogodependientes presentan una serie de características que condicionan tanto su decisión de abandonar el consumo, como la accesibilidad al tratamiento y su eficacia. Están en situación de clara desventaja respecto de los hombres a la hora de acceder a tratamiento por el riesgo adicional que sienten de fracaso en el ejercicio de su rol y de aislamiento y rechazo social (Sánchez, 2009 p.91).

⁸ (Observatorio Europeo Drogas y Toxicomanías, 2005, 2006, 2008a).

Necesitamos en conclusión mejorar la accesibilidad a todo tipo de recursos en la comunidad y ser portadores de mensajes positivos y fuente de soporte para las mujeres usuarias de drogas en sus propios contextos. Utilizar de manera eficiente los recursos, sobre todo los basados en el auto apoyo, acompañamiento y programas de acercamiento a usuarias, poniendo especial énfasis en las mujeres más jóvenes quienes su uso de drogas pudiera escalar hacia la dependencia (O'Mara, 2013).

Desde 2007, con este objetivo y desde este punto de partida se ha enfocado el trabajo con el grupo **“Taller de mujeres”**, inspirándose en los principios de la educación entre pares y los Grupos de Ayuda Mutua, los cuales la OMS planteó como una estrategia válida para dar relevancia a un enfoque más social de la salud, ya que vio en ellos, valores y habilidades que es necesario aprovechar para que las personas se auto responsabilicen de sus problemas y los confronten con mayor autonomía. A sabiendas de las confusiones e imprecisiones sobre la definición y la utilización de los conceptos Grupos de Ayuda Mutua, Grupos de Apoyo, Auto apoyo, Asociaciones de Salud, entre otros, y su compleja y delicada asociación a los términos que la antropología denomina de redistribución y reciprocidad (Canals, 2000), se ha optado por el término Grupo de Apoyo entre pares para definir al **“Taller de Mujeres”**.

El grupo empezó a funcionar a partir de conflictos, problemas de relación y mala convivencia entre el colectivo de mujeres que asistían al Centro La Illeta, la cual cosa permitió la posibilidad de sentarse un día en un espacio diferente para tratar los distintos conflictos que afloraban sistemáticamente. La idea era poder salir del espacio que quizá favorecía cierta tensión, bajo la mirada de los hombres, algunos

de ellos con relaciones sentimentales, de conveniencia y consumo con las participantes. Propiciar que las relaciones pasasen de basarse en las diferencias para situarse en los factores comunes, visibilizar la posibilidad de generar y recibir apoyo, facilitó que de repente la propuesta de grupo funcionara.

La cesión de un espacio municipal dedicado a la mujer para poder realizar las reuniones y la espontánea lluvia de propuestas de actividades y temas a resolver, acabó de configurar el actual espacio “Taller de mujeres”, dónde se realizan semanalmente, charlas informativas, actividades de cuidado de la salud y de la imagen personal, actividades lúdico culturales o simplemente punto de encuentro, dónde conversar de los problemas cotidianos. Una educadora se encarga de dinamizar y motivar a las participantes del grupo así como de captar posibles nuevas participantes, facilitar las relaciones de auto apoyo y propiciar la participación de profesionales en la formación de las mujeres que forman parte del grupo.

En consecuencia de ir conociendo el terreno y la realidad, no sólo se ha puesto la atención en las mujeres heterosexuales sino que también en algunos grupos minoritarios, como los de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero, intersexuales y *queer* (LGBTTIQ), que suelen encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad y riesgo de experimentar daños relacionados con el consumo de drogas debido a la discriminación, presiones jurídicas o económicas, y barreras de acceso a servicios. Los servicios locales de reducción de daños deberíamos estar explícitamente diseñados para que los grupos minoritarios puedan acceder a ellos. Este tipo de especificidades no tendrían que ser más una exclusividad o bien una novedad, sino formar parte intrínsecamente de cualquier programa

de atención a la salud a las personas. Debemos entender el género y las relaciones de género como un complejo proceso de construcción de una realidad socio cultural, es decir como una institución cultural y no como un ente naturalizado. Si aceptamos esta apreciación no deberíamos volver a centrar nuestra atención e intervenciones únicamente en la mujer sino en la complejidad de las relaciones y del proceso de construcción del concepto (Ettorre, 2004).

“Debemos entender el sexo y el género como construcciones culturales, así como lo hace la teoría queer que afirma que nuestros cuerpos y nuestras sexualidades y subjetividades están construidas socialmente, y sostiene que la masculinidad y la feminidad no son producto de esencias presociales. Se debería considerar que el género es un producto social que constituye los seres humanos en hombres y mujeres, no sólo en su comportamiento y subjetividad sino también en la dimensión física” (Coll-Planas, 2013).

Como apunta Preciado (2004) no se trata de sustituir unos términos por otros. No se trata tampoco de deshacerse de las marcas de género o de las referencias de heterosexualidad sino de modificar las posiciones de enunciación y comprensión de esta realidad.

Estas premisas deberían alertarnos de la complejidad de las construcciones de significados del tejido sociocultural, lo mismo para el universo social del consumo de drogas, no podemos quedarnos anclados a concepciones, estáticas, arcaicas, reificadas y llenas de significados arbitrarios como la de “toxicómano”, estamos obligados a superar estas concepciones y posteriormente compartir conocimientos con los pares (profesionales, personas usuarias de los servicios...) porque es así como se construye una verdadera estructura

de conocimiento y educación entre iguales.

Algunos de los resultados más importantes derivados de la evaluación cualitativa de los cambios experimentados por las mujeres que integran el grupo “Taller de mujeres” pueden extraerse de (Llort, Borràs, Ferrando y Purroy, 2013) y pueden resumirse en la mejora de la accesibilidad y adherencia a los tratamientos, aumento de la vigilancia de la salud, adquisición de nuevos hábitos más saludables para la ocupación del tiempo libre, de mayor conocimiento sobre la red asistencial y sus derechos sociales, mayor cohesión del grupo, es decir menos conflictos intragénero y la experimentación en suma de cierto grado de empoderamiento y reposicionamiento en relación al género masculino y una ampliación del conocimiento de la realidad de la diversidad de identidades posibles. Pero los resultados más notorios ha sido el de poder compartir, y aprender conjuntamente los conocimientos teóricos sobre el género que intentan superar el modelo sexo-género de manera constructiva y que las nuevas relaciones surgidas en el grupo se reproducen también fuera del grupo generando un efecto de bola de nieve que facilita la accesibilidad a los servicios a población oculta a la que los profesionales no llegamos o no sabemos o no podemos llegar.

En este sentido otro de los resultados derivados del trabajo del grupo ha sido la producción de un documental para la formación de profesionales y grupos de usuari@s “Más allá de la heteronormatividad”⁹, con el objetivo de complejizar la mirada de género y normalizar la de las diferentes identidades sexuales en los servicios asistenciales dedicados a la atención de las personas con problemas derivados del consumo de drogas, así como de recursos

⁹ <http://vimeo.com/61171222>. Documental: «Más allá de la Heteronormatividad»

de atención a la salud en general, es una propuesta de material de apoyo para la formación de grupos de pares.

Finalmente una última consideración para complementar y facilitar la comprensión del sistema sexo-género al que nos hemos referido, es necesario un esfuerzo para adaptar nuestras intervenciones a la complejidad de las relaciones, se precisa una voluntad de introducir una dimensión aún poco utilizada en los recursos asistenciales para el análisis de nuestro trabajo y la mejora de nuestras intervenciones en relación al género y las identidades sexuales, en definitiva desarrollar una mayor sensibilidad en nuestras agendas de reducción del daño. La incorporación del concepto anglosajón "*embodiment*" - difícil de traducir a idiomas latinos- quizá "in-corporación" podría darse por válida-, permite complementar y adentrarnos en un análisis de las consideraciones predominantes y poco permeables que impiden una mayor flexibilidad y entendimiento al respecto. Conceptualizamos y naturalizamos la separación teórica de la representación de nosotros mismos como personas entre actores sociales (morales) y nuestro cuerpo (Etorre, 2004). Al contrario nuestro cuerpo es moldeado culturalmente por las normas y reglas sociales entre las cuales las personas que usan drogas pueden verse afectados y/o experimentar cambios por entrar en un proceso de desviación social con doble estigma, siendo en ocasiones dos procesos paralelos o continuos.

El género es una forma estable de desigualdad estructural y este está incrustado en nuestra cultura de una manera determinada, es un sistema normativo y moralizador que ejerce un fuerte control social en todas las personas de la sociedad. El cuerpo es una parte esencial de nuestra identidad social es el centro de nuestra auto expresión, el vehículo para construir un estilo de vida en nuestra sociedad de

consumo y los ideales sobre el cuerpo se forman a partir de ideas influenciadas por la historia, la ciencia, la medicina o intereses de consumo. Siguiendo estas premisas como una forma de “in-corporar” conductas desviadas, el consumo de drogas por ejemplo, se manifiesta en el cuerpo de los individuos y determina su bajo estatus social y la carencia de capacidad para mantener una conducta moralmente aceptable. Un cuerpo que usa drogas se convierte en un vehículo para solventar una serie de problemas, que todo el mundo, especialmente los jóvenes deben afrontar. Pero estos problemas se magnifican por que el uso de drogas involucra a estos cuerpos en una determinada cultura del riesgo, (ibíd).

Sin adentrarnos mucho en estos conceptos podemos hablar de marcas de control social (ibíd), todos ellos etiquetados por una determinada concepción moral de lo correcto, en la falta de restricción o capacidad para regular el consumo de drogas, afrontar la representación que un cuerpo consumidor de drogas aparenta en sociedad. El caso más flagrante se visibiliza en el tema de la reproducción, pues una mujer considerada desviada por su consumo de drogas no es considerada (un cuerpo válido) para la reproducción, ocasionando muchas veces procesos de estigmatización y de desautorización delante de las instituciones de asistencia, legales y sociales que deben hacernos reflexionar en que todavía queda mucho trabajo a realizar al respecto.

Así pues ahondar en las distintas aproximaciones teóricas sobre el género, puede facilitar la comprensión de los procesos y puede aportar un conocimiento válido y útil para l@s usuri@s proporcionando herramientas para la consecución de la mejora de su calidad de vida y la mejora de los servicios de reducción del daño. Estas

pasan por una comprensión holística del sistema en el cual actuamos, que va desde el cuerpo individual, colectivo, la interrelación entre grupo, individuos y sociedad, los dispositivos asistenciales, sus planificadores y estamentos gubernamentales, la capacidad y nuestra habilidad para propiciar que la interacción entre todos estos elementos sea afectiva y efectiva, para redefinir un modelo todavía marcado por los esquemas patrilineales y heteronormativos.

Consideraciones y propuestas

- Remarcar la importancia y el potencial para la mejora de la calidad de vida, así como la complementariedad positiva a los tratamientos e intervenciones sociales que la acción de los grupos de pares pueden aportar a los dispositivos y redes asistenciales estandarizadas: cubriendo vacíos, facilitando espacios educativos de atención a las personas y reduciendo costes.
- Enfatizar la necesidad de sistematizar y aportar los conocimientos, que a nivel técnico y científico son extraídos de artículos y experiencias profesionales, a los grupos de pares con el fin de que la información fluya lo más rápido posible y sea utilizada para la mejora de los mismos y del sistema de atención en general, disminuyendo la brecha de conocimiento entre ambos colectivos.
- Facilitar que parte de los equipos profesionales promuevan y puedan dinamizar y supervisar las experiencias de grupos de pares para optimizar la consecución de sus objetivos, al mismo tiempo que difundir y compartir con los equipos técnicos los resultados e informar de los avances realizados, para la

difusión de este tipo de metodología.

- Propiciar relaciones de apoyo para permitir la organización de grupos y distanciarse oportunamente para no perjudicar la identificación y la autoorganización del grupo, respetando las diferentes identidades en relación al sexo y al género y la diversidad.
- Incorporar modelos teóricos que transgredan la heteronormatividad para deconstruir modelos de pensamiento hegemónicos que han sido poco cuestionados y que es imprescindible tener en cuenta en nuestras intervenciones si queremos abordar la complejidad y a la diversidad en el siglo XXI.

Referencias

Borràs, T et al. (2000) Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines. Madrid. CREFAT.

Canals, J. (2002). El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado de Bienestar. Tesis doctoral no publicada. Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Tarragona.

Coll-Planas, Gerard. (2013). Revista Colors. Col·lectiu H20. Any VI. Maig 2013.p.11.

Ettorre E. (2004). Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm, International Journal of Drug Policy 15 (2004) 327–335.

Gil. E. (2012) Entrevista extraída de http://www.infodroguesreus.com/?page_id=212. Recuperado el 2 de septiembre 2013.

Grup Igia (1996): Programas de reducción de riesgo: grupos de usuarios, tratamientos con heroína, información y educación para un mejor uso de drogas. <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/atlas.pdf>. Recuperado el 2 de septiembre 2013.

IDPC.Guía sobre políticas de drogas. 2012. Segunda Edición. <http://idpc.net/es>. Recuperado el 2 de septiembre 2013.

Llort, A. Borràs, T. Ferrando, S., Purroy, I. (2013) El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: Estudio cualitativo sobre un Grupo Auto Apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. ALTERNATIVAS, CUADERNOS DE TRABAJO SOCIAL nº 20.Universidad de Alicante.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2005,2006,2008, 2012). Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en Europa. Lisboa.

Olszewski, D., Giraudon, I. Hedrich, D, Montanari, L (2009) Women's voices: experiences and perceptions of womewho face drug-related problems in Europe. EMCDDA 2009.

O'Mara, E. (2013) The History & Principles of Harm Reduction, Between Public Health & Social Care. Médecins du Monde. Agence Française de Développement.

Servicio Gallego de Salud (2009) Drogas y perspectiva de género. Documento marco. http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/GyD_DocumentoMarco.pdf. Recuperado el 2 de septiembre 2013.

11. EL TRABAJO ENTRE IGUALES EN EL DESARROLLO DE LA IBOGAÍNA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN LAS ADICCIONES

De Loenen B, Cura P, Bouso JC, Parés Ò.

Fundación ICEERS

Existen múltiples ofertas para hacer frente a un proceso de consumo problemático de drogas: tratamiento de sustitución con opiáceos, terapias psico-educativas, el programa de los 12 pasos, el modelo Narconon, la fundación El Patriarca, la desintoxicación ultra rápida, los implantes de Naltrexona, Antabús, etc. Pese a ello, no hay una herramienta terapéutica para el tratamiento de las adicciones tan particular como es la ibogaína. Y es que desde el origen del descubrimiento de sus efectos anti-adictivos hasta su desarrollo y popularización durante los siguientes cincuenta años la ibogaína ya lleva un largo camino recorrido.

En su periplo dentro de nuestra cultura, la ibogaína ha transitado por muchos entornos más o menos institucionalizados: la industria farmacéutica, las instituciones gubernamentales, ONG's, agrupaciones que defienden los derechos de los consumidores de drogas, grupos de auto-ayuda de personas con procesos de adicción, activistas políticos y cannábicos, y muchos más. Mientras que, por un lado, la ibogaína ha encontrado muchos obstáculos dentro y a través de los circuitos oficiales, por el otro, se ha ido extendiendo poco a poco en los contextos alternativos mediante el boca-a-boca y, posteriormente, por medio de Internet. Este crecimiento empezó a ser exponencial a partir del siglo XXI.

Hoy en día, la ibogaína se encuentra en medio de un debate extremadamente polarizado, donde los hechos están entremezclados

con los mitos que tanto sus defensores como sus críticos proclaman cuando tienen la oportunidad. El mercado de oportunistas se extiende a la vez que la ibogaína gana credibilidad dentro del mundo académico. En los últimos años ha empezado a nacer de todo este desorden, muy lentamente, un camino objetivo e interdisciplinar en el que el mundo institucional confluye con esta subcultura médica...

1. Iboga en el Bwiti

En el centro de África occidental crece una planta llamada *Tabernanthe iboga*. La corteza de su raíz ha tenido un rol fundamental en los ritos de paso y en las ceremonias de sanación. La planta es utilizada en Camerún, Guinea Ecuatorial, Congo y, sobre todo, en Gabón por los Pigmeos, las tribus *Fang* y *Mitsogo* en la cultura *Bwiti*. Tradicionalmente la iboga no se utiliza para tratar la drogodependencia. Se utiliza en los ritos de paso de los adolescentes o en ceremonias de sanación para hombres y mujeres. En el curso de cinco días, con la ingesta de esta planta, se desarrolla un proceso de muerte-renacimiento, el cual es cuidadosamente guiado por la comunidad mediante la realización de una serie de rituales en los que muchas personas toman parte: una muerte simbólica del adolescente o del mal cede el paso al nacimiento del adulto o de la persona sana.

Esta práctica tradicional implica un amplio abanico de técnicas y conocimientos, como por ejemplo la música polirrítmica altamente compleja, que han sido traspasados cuidadosamente de generación en generación por tradición oral. La importancia de la iboga en los pueblos indígenas que practican Bwiti no se puede subestimar: tiene una posición central en la preservación tanto del buen funcionamiento del individuo, como del de la comunidad. En marzo del 2000 Gabón

declaró la iboga como patrimonio cultural.

2. El experimento

“He tomado ibogaína, ¡coge tu grabadora y empieza a grabar ya!” eran las palabras de Howard Lotsof, un joven experimentador de psicodélicos de 19 años, entrando en la oficina de su terapeuta un día del año 1962 en Nueva York. Poco antes había tomado ibogaína que un amigo químico tenía guardada en su congelador, junto con veinte personas más de los cuales siete, Lotsof incluido, tenían adicción a la heroína.

Ninguno de ellos había previsto que después de la impactante y desagradable experiencia onírica iban a despertarse al día siguiente sin ningún tipo de síndrome de abstinencia ni de *craving* de heroína y con un mayor entendimiento de sus dinámicas de comportamiento problemático de sus consumos de drogas con relación a elementos emocionales y psico-sociales de su personalidad. Cinco personas, del grupo de siete, que tenían una dependencia a la heroína dejaron, ese día, el consumo de su droga de abuso. No se dieron cuenta que años después este experimento iniciaría un movimiento con mucha controversia y constituiría un halo de esperanza para los 200 millones de drogadictos en el mundo.

3. El desarrollo de la ibogaína

Inspirado por su experiencia sorprendente, Lotsof creó un laboratorio llamado *S&L Laboratories*, dedicado a la producción de sustancias psicodélicas, principalmente ibogaína y LSD, en esta época no clasificados como ‘*Schedule I drugs*’ (drogas ilegales) y a su

administración a personas interesadas. La FDA y la policía federal lo intervinieron en 1963 y no pudo continuar su trabajo.

Casi veinte años después, en 1982, Howard Lotsof dio un nuevo impulso a su vocación personal, formando la organización sin ánimo de lucro *Dora Weiner Foundation* como base para la promoción del desarrollo de la ibogaína, pero no consiguió apoyo financiero y la industria farmacéutica no respondió a su descubrimiento. Los motivos eran varios: el mecanismo de acción de la ibogaína no parecía tener un efecto específico como agonista o antagonista de los receptores opiáceos sino que actuaba con un complejo efecto sobre múltiples receptores. Desarrollar un fármaco con una complejidad farmacológica tan alta implica un gasto de desarrollo muy elevado, lo cual además, siendo una molécula natural imposible de patentar, no compensa con el lucro limitado que conllevaría desarrollar un fármaco con ibogaína.

El hecho de que Howard Lotsof fuera un *ex-yonki* que presentaba las observaciones de sus bio-ensayos psiconáuticos a empresas farmacéuticas tampoco facilitó el proceso, llevándole a entrar personalmente en el mercado farmacéutico creando en 1986 *NDA International*, una empresa privada dedicada al desarrollo de la ibogaína. Consiguió patentes de usos específicos de la ibogaína en el tratamiento de las drogodependencias, fue a Gabón a conseguir material botánico para la producción de ibogaína y estableció contactos con varias instituciones académicas en Holanda y EE.UU. para demostrar eficacia en estudios pre-clínicos.

La colaboración con el centro de estudios en el campo de las adicciones en la Universidad Erasmus en La Haya abrió el contacto con el *Junkiebond*, una agrupación de auto-ayuda de personas con drogodependencias dirigida por Nico Adriaans. Robert Sisko, una

de las personas que Howard Lotsof había tratado con ibogaína para su dependencia de alcohol y cocaína, montó otra organización de auto-ayuda llamada ICASH (International Coalition for Addict Self-Help), que empezó a hacer tratamientos con ibogaína en Holanda en 1989, en colaboración con una red de organizaciones de auto-ayuda como por ejemplo DASH (Dutch Addict Self-Help), que luego cambió de nombre a INTASH (International Addict Self-Help) y *Junkiebond* y el movimiento *okupa*. En total trataron a unas 40-45 personas en Holanda entre 1989 y 1993. Estas organizaciones de auto-ayuda apostaron por incluir a ex-adictos en el proceso terapéutico con el fin de proporcionar compasión, apoyo y orientación, donde la confianza mutua entre adicto/ex-adicto era un elemento central: un modelo que luego se creó de manera espontánea en la expansión de la subcultura médica de la ibogaína.

Los datos obtenidos de estos tratamientos en este contexto de auto-ayuda, llegaron a presentarse en el mundo académico, tanto en Holanda en forma de publicaciones de la Universidad de Erasmus, como en EE.UU., donde éstos, junto con los datos de las primeras 20 personas que tomaron Ibogaína en 1962-1963, terminaron como fuente principal de estudios de caso en la mesa del NIDA (National Institute of Drug Abuse) y la FDA (Food & Drug Administration), las dos instituciones gubernamentales más importantes en EE.UU. en temas de desarrollo de fármacos.

En Holanda, la muerte de un paciente en Junio de 1993 durante un tratamiento con ibogaína terminó las actividades de la NDA International, aunque que la ibogaína fuera la causa de la muerte no llegó a quedar aclarada nunca. Las actividades se desplazaron a Panamá, mientras que NIDA desarrolló un protocolo para un estudio clínico (fase I/II) doble ciego para el tratamiento de la dependencia

a la cocaína en octubre de 1993. En marzo de 1995 NIDA decidió no financiar la implementación de este protocolo. La reunión en la cual esta decisión se tomó tenía una alta presencia de consultores de la industria farmacéutica...

Antes, en 1993, la Dra. Deborah Mash, de la Universidad de Miami, consiguió un permiso de la FDA para un estudio clínico de fase I de escalado de dosis, pero después de sólo una administración a un voluntario se suspendió el estudio por falta de fondos. Es muy posible que la relación problemática entre NDA International y Deborah Mash tuviera algo que ver, lo cual llegó a una serie de juicios sobre patentes, derechos y dinero. Mash abrió en 1996 una clínica privada en la isla St. Kitts, en el Caribe, ofreciendo tratamientos por entre 15.000 y 20.000 dólares en contexto hospitalario, y siguió recolectando datos durante los años siguientes, pero no publicó mucho de dichos resultados.

El desarrollo de la Ibogaína en forma de estudios científicos se estancó, mientras la subcultura médica siguió en expansión...

4. Activismo en los años 90

Durante los años 90, existían grupos de activistas que no estaban de acuerdo con la falta de interés en la ibogaína por parte de organizaciones como el NIDA, ni con las leyes prohibicionistas de EE.UU. que dificultaban su uso en el seno de los grupos de autoayuda. El uso de ibogaína eclosionó en una subcultura médica, lo cual implica un amplio abanico de personas sin formación médica formal y el tratamiento de una 'enfermedad' estigmatizada. La identificación con la marginación y la estigmatización es un tema que resuena mucho en la historia contemporánea de la ibogaína y es un elemento importante de la identidad de los grupos implicados en su defensa.

Los defensores de la ibogaína experimentaron personalmente y observaron en sus compañeros la evidencia de la eficacia, pero no se sentían reconocidos por las instituciones oficiales debido a su falta de credenciales. El activismo fue una respuesta a la percepción de marginación. Proporcionar tratamientos con ibogaína era visto como un acto legítimo de desobediencia civil.

Entonces nació el *Proyecto Ibogaína* que dio una identidad colectiva a grupos de activistas que se preocupaban por este tema. La Coalición de SIDA Para Desatar el Poder (ACT UP) fue la alianza más importante. La ibogaína era considerada por los grupos de auto ayuda y por ACT UP como una propuesta interesante dentro de un marco de cambio de políticas de drogas, favoreciendo el desarrollo de un tratamiento eficaz en lugar del encarcelamiento de los pacientes y la estigmatización de la ibogaína misma por sus efectos ‘psicodélicos’ y añadía un elemento interesante en esta discusión. ACT UP hizo una serie de acciones, como la disseminación de información sobre la ibogaína hacia las instituciones políticas y las comunidades de personas con drogodependencias. También el grupo activista político y cannábico de Nueva York llamado ‘Yippies’, con Dana Beal como líder del grupo, participó en varias de estas acciones y ha seguido promoviendo la ibogaína hasta el día de hoy.

Por un lado, la implicación de estos grupos de activistas en la promoción y defensa de la ibogaína ha ayudado a incrementar la conciencia sobre su existencia como herramienta en el tratamiento de las adicciones, pero, por otro lado, ha incrementado la ‘carga marginal’ de esta controvertida sustancia. También la imprudencia de la propaganda pro-ibogaína -‘cura mágica de todas las adicciones’- ha alimentado la crítica de la comunidad científica y las instituciones políticas.

5. La subcultura médica crece

Al margen de las actividades de la NDA International, el NIDA, la FDA y los grupos de investigación de las universidades, hubo algunas personas clave en la promoción del uso de la ibogaína en contextos no-oficiales, principalmente en EE.UU., bajo el radar de la DEA (Drug Enforcement Agency) y en Costa Rica.

Uno de ellos es Eric Taub de Gainesville, Florida, quien trató desde 1992 a más de 300 personas, tanto para el tratamiento de las adicciones como en psicoterapia. De estas personas, varias encontraron un nuevo propósito en su vida mediante la experiencia con ibogaína: dedicarse a ayudar a compañeros que están viviendo el mismo sufrimiento. Un fenómeno que es muy común en el mundo de la ibogaína, y demuestra que algo hay en el efecto de esta herramienta que satisface a las personas que lo toman para salir de su adicción. Como la ibogaína no sólo ofrece una desintoxicación física, sino que por sus efectos oníricos, generalmente descritos como una experiencia introspectiva terapéutica, también significa una transformación espiritual para muchas personas.

Hoy en día, los dueños de muchos centros de tratamiento y personas que trabajan con ibogaína son ex-drogodependientes. Para muchos adictos que se quieren iniciar en un trabajo con ibogaína, la presencia de un ex-adicto que ha experimentado tanto el proceso de adicción como el proceso de rehabilitación con ibogaína, da un punto de confianza. Este fenómeno *peer to peer* ha hecho que se haya generado una comunidad muy grande alrededor de la ibogaína en la que hay tanto colaboraciones y apoyo entre personas, como conflictos y desacuerdos...

La expansión de esta red 'subterránea' de proveedores de

tratamientos con ibogaína a nivel internacional tiene, obviamente, varias consecuencias. En primer lugar, ha respondido a una demanda, facilitando la disponibilidad de este tipo de terapia para las personas que lo buscaban. Si la comunidad de personas con drogodependencias no hubiera tomado este asunto en sus propias manos, la ibogaína probablemente estaría olvidada en un cajón. Entre 1989 y 2006 se contabilizaron 3.414 tratamientos con ibogaína, y unos 1.400 tratamientos estimados que no fueron referidos por motivos legales. Hoy en día, la estimación total es de alrededor de 10.000 tratamientos, una realidad que aporta una cantidad de conocimiento empírica importante.

El uso de ibogaína también conlleva un factor de riesgo, principalmente por sus efectos en el corazón en forma de prolongación de los intervalos QT, una medida del tiempo entre el inicio de la onda Q y el fin de la onda T en el ciclo eléctrico del corazón y la bajada del ritmo cardíaco (bradicardia), pero también la interacción con otras sustancias (por ejemplo, mezclarla con la droga de abuso o con ciertos psicofármacos), y sus posibles efectos psicológicos adversos en el caso de personas con trastornos de personalidad graves o psicosis. La presencia de un médico formado presente durante la sesión que monitorice el paciente incrementa de forma significativa la seguridad de este tratamiento. En la práctica, hay muchos perfiles de personas que administran esta sustancia a personas con drogodependencias y, en muchos casos, las pruebas médicas no forman parte del proceso, ni la colaboración con un médico. Pero con el paso de los años se ha aprendido mucho también gracias a la comunicación dentro de la comunidad de proveedores y (ex-)drogadictos/as compartiendo conocimiento y experiencias.

De las 3.414 administraciones de ibogaína referidas hasta

2006, 11 personas murieron en las 72 horas después de la toma. En tres casos se descartó como causa de muerte la ibogaína, lo cual se traduce a un ratio de 1 por cada 467 administraciones, un ratio similar a la mortalidad relacionada con la metadona. A pesar de que en los años posteriores a 2006 se incrementó mucho el uso de ibogaína, la ratio de mortalidad bajó sustancialmente. Hoy en día, la mayoría de centros y proveedores que trabajan con ibogaína piden pruebas médicas previas a la administración y hay más colaboraciones entre ex-consumidores a cargo de centros y médicos.

La tercera consecuencia de la expansión de la subcultura médica de la ibogaína es la presión que este movimiento ha generado en los gobiernos, la comunidad científica y otros críticos que creían que esta 'nueva moda' iba a pasar después de unos años por falta de eficacia real.

6. El caso de Nueva Zelanda

Un ejemplo importante de esta presión generada por la subcultura médica sobre las instituciones es el caso de Nueva Zelanda. En este país, como en muchas otras partes del mundo, desde hace años existían algunas personas que hacían tratamientos con ibogaína.

Una persona convencida del potencial de la ibogaína era Mary Cotter, trabajadora de un centro de tratamiento de drogodependencias que se sentía muy frustrada con la poca eficacia que tenían los programas en los centros en los que trabajaba. Decidió un día hacer panfletos sobre la ibogaína que incluía una frase que decía "Si estás interesado en el tratamiento con ibogaína, llama (*nº teléfono*) y pídelo a Medsafe". Medsafe es la organización gubernamental que trata el tema de las adicciones en Nueva Zelanda. En pocas semanas

la cantidad de llamadas que recibieron fue espectacular.

Medsafe hizo su análisis de la realidad y reconoció el potencial de la ibogaína tras estudiar lo que se había producido en esta subcultura médica, los estudios pre-clínicos realizados con animales y los pocos estudios en humanos que apuntaban al potencial anti-adictivo. Medsafe también entendió que la seguridad de la administración de la ibogaína en contextos no-médicos era motivo de preocupación, lo cual les llevó a categorizar la ibogaína como medicamento de prescripción a finales de 2009, un hecho pionero en todo el mundo. Es interesante observar que este cambio en la legislación de Nueva Zelanda parta de una base de reducción de riesgos, ya que sólo un médico puede administrar un medicamento de prescripción.

Al principio, este hecho generó mucha polémica en la comunidad internacional de ibogaína, porque como la ibogaína siempre había estado en las manos de los consumidores, lo vieron como una amenaza a esa libertad. Las instituciones médicas, junto con la industria farmacéutica, se habían convertido en el enemigo para muchos defensores de la ibogaína. Pero en la práctica se demostró que esta idea era producto de la lucha política que muchos activistas habían estado llevando a cabo desde que se implicaron en la causa. Lo que pasó entonces fue que las personas que habían trabajado con esta sustancia empezaron a buscar médicos para colaborar y compartir toda su experiencia acumulada. También empezaron a hacer diseminación de información sobre la ibogaína hacia los médicos de Nueva Zelanda en colaboración con defensores de la ibogaína de fuera, organizando una conferencia y, con la Fundación ICEERS distribuyendo DVD's educativos sobre la ibogaína.

La situación es interesante porque ahora los médicos pueden prescribir tratamientos con ibogaína, pero la gran mayoría nunca

ha escuchado hablar del tema. A día de hoy, hay pocos médicos que prescriban el tratamiento con ibogaína, pero el nuevo clima ha facilitado la reducción de riesgos y la implementación de estudios de seguimiento al respecto.

7. La necesidad de la auto-regulación y educación

En los últimos años los tratamientos con ibogaína han ganado mucho terreno: una disponibilidad cada vez mayor a nivel internacional, nuevos estudios pre-clínicos, clínicos y de seguimiento, más disponibilidad de materiales botánicos, extractos y clorhidrato de ibogaína y una profesionalización de los servicios de tratamientos y de la comunidad de proveedores de tratamientos con ibogaína. Pero la falta de estándares mínimos de seguridad, códigos éticos entre los proveedores, controles de calidad de los materiales en el mercado y una educación objetiva en general, ciertos ‘efectos secundarios’ han ganado terreno también.

Uno de los problemas es que la administración de ibogaína siempre se ha considerado un tratamiento en sí mismo y una cura de las adicciones, pero la realidad es que es una herramienta que requiere un contexto terapéutico multidisciplinar, una preselección física y psicológica de los pacientes, una preparación adecuada, una administración profesional y una integración y seguimiento son imprescindibles en el proceso. Muchos ex-drogodependientes que se implicaban en esta historia para ayudar a sus compañeros no tenían una visión integrada del uso de esta sustancia etnobotánica, porque adoptaban la idea original de ‘cura’; fármaco que soluciona una enfermedad y, además, no tenían el conocimiento global para montar

un servicio más sofisticado. Haber pasado por una adicción y por un tratamiento con ibogaína no te convierte de facto en un experto terapeuta.

Con los años las observaciones de los proveedores apuntaban a la necesidad de un seguimiento para evitar recaídas, pero la ibogaína siempre ha sido mencionada en los medios de comunicación y en Internet como cura de las adicciones (o alucinógeno peligroso). Esta presentación simplista crea falsas expectativas y además ha dado pie a oportunistas que ofrecen tratamientos de mala calidad con fines de lucro personal, a base de marketing. También está el problema de que personas que ofrecen tratamientos a veces recaen en el abuso de drogas, y utilizan la ibogaína como forma de recaudación de fondos para pagar su dependencia.

Howard Lotsof desarrolló un manual para la administración de ibogaína, el cual muchos proveedores utilizan en sus prácticas, y un *'patient grievance report'* con el cual las personas que habían sufrido una mala praxis lo podían referir a su fundación. Pero con la expansión del uso de iboga y la muerte de Lotsof el 31 de enero de 2010, esta herramienta quedó olvidada. Cuando Lotsof ya estaba diagnosticado con cáncer, la comunidad de la ibogaína se juntó, en 2009 en México, en el marco de la *First International Treatment Providers Conference* para reconocer la importante contribución social de Howard Lotsof con su trabajo. Por primera vez personas de la subcultura médica se encontraron con médicos, investigadores y otros interesados. En esta conferencia nació lo que luego iba a convertirse en GITA (Global Ibogaine Therapist Alliance); una red internacional de personas que se dedican a administrar ibogaína con fines terapéuticos o espirituales con los siguientes fines:

- Generar buenas prácticas para la administración de la iboga.
- Desarrollar un código ético y retomar el '*patient grievance report*' que creó Lotsof.
- Compartir un cuerpo de información en constante evolución sobre el tema entre los miembros en forma de formaciones, conferencias, etc.
- Promover un comercio justo y ético respecto al cultivo, la fabricación y la venta de iboga y sus derivados.
- Iniciar nuevos estudios científicos con ibogaína.
- Facilitar la disponibilidad de tratamientos responsables con ibogaína para los que lo necesitan.

GITA es un lugar de encuentro para aquellas personas que han escuchado 'la llamada de la iboga' en su proceso de rehabilitación y quieren dedicarse a esta causa, médicos que trabajan con ibogaína, empresarios que han montado su centro, etc. El grupo de personas que empuja esta iniciativa son sobre todo '*ex-adictos-terapeutas*', algunos de ellos implicados en esta causa desde los años 80 con Lotsof. Desde sus primeros pasos fundacionales en 2009, GITA ha organizado tres encuentros internacionales en Sayulita (México), Barcelona (España) y Vancouver (Canadá). En estos encuentros se debate y se comparte el estado de la cuestión de la ibogaína desde sus múltiples prismas: avances científicos, investigaciones en curso, situación legal, la admisión, integración y seguridad en los tratamientos de ibogaína y las maneras de auto-regulación en forma de una alianza. GITA, en un paso más para mejorar la práctica terapéutica de sus integrantes, ha fomentado como metodología de trabajo la estrategia *peer to peer*: Compartir información y debatir de manera regular enriquece el conocimiento e incrementa la seguridad del uso de la ibogaína, y

fomenta la confianza y el *networking* entre sus miembros.

Otra iniciativa que nació en 2007 es la Fundación ICEERS (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service) o, en español, el Centro Internacional para la Educación, la Investigación y el Servicio de las Herramientas Etnobotánicas. Su génesis tiene una relación directa con el interés que despertó el proyecto audiovisual *Ibogaine - Rite of Passage*, presentado a finales de 2004. Las preguntas que desencadenó este documental en la audiencia pusieron de manifiesto la oportunidad de asentar y promover más el conocimiento en torno a las propiedades de la ibogaína. Por un lado, el público general nunca había escuchado sobre esta temática y, por el otro, las personas consumidoras de drogas, algunas con un historial de consumo problemático, encontraron en él planteamientos que iban más allá de los mitos y tópicos que a menudo rodean al concepto de la adicción a las drogas.

Ibogaine - Rite of Passage fue el primer documental que presentó este tema desde diferentes ángulos, de los cuales el más importante es la perspectiva humana, mientras lanzaba una visión más objetiva de la ibogaína, en vez del típico tópico ‘cura mágica de las adicciones’. Desde su estreno en 2004, poco a poco llegó a ser una herramienta audiovisual usada en todo el mundo para presentar la cuestión tanto a adictos o a familiares de adictos, como a científicos, médicos, políticos, etc. Todavía hoy muchos centros de ibogaína muestran este documental a todos los adictos que acuden a por una sesión con ibogaína.

Los objetivos que dan sentido a ICEERS son dos: integrar la ayahuasca, la iboga y otras plantas tradicionales como herramientas terapéuticas en la sociedad moderna y, en segundo lugar, la preservación de las culturas indígenas, sus hábitats y recursos

botánicos. Las sociedades indígenas pre-industriales llegaron a dominar las propiedades de determinadas especies vegetales para tratar problemas médicos, sociales y psicológicos con el fin de mantener sus vínculos sociales y su propia supervivencia. La importancia y el potencial que poseen estas especies vegetales para la humanidad, como instrumentos de evolución personal y social, no deberían menospreciarse.

ICEERS es una organización sin ánimo de lucro fundada en 2009 en Holanda, donde recibió el estatus de Utilidad Pública y, actualmente, la oficina de trabajo presencial radica en Barcelona. La dinámica de la entidad es el fruto de las donaciones privadas y la implicación de personas que comparten afinidad con sus objetivos desde sus perspectivas personales o profesionales: experiencias vitales en las que las herramientas etnobotánicas han tenido un papel significativo, la antropología, la investigación científica, la psicología, la producción audiovisual, etc. La red de voluntariado y colaboradores tiene un abasto internacional, así como el ámbito de actuación de la fundación. En este sentido, ICEERS es una forma de trabajo que busca incorporar la multidisciplinariedad y analizar, producir y presentar contenidos de una forma lo más objetiva posible.

Los distintos paradigmas que configuran el telón de fondo de la actividad de ICEERS son las políticas de drogas de los últimos cincuenta años, la cultura occidental etnocéntrica y, el paradigma dominante de la ciencia y de la medicina. Es por ello que las ideas que se barajan en la fundación son vanguardistas y parten de una ética que aspira a conseguir un mundo más pacífico, más respetuoso con el medio ambiente, en el que se garanticen en su totalidad las libertades y los derechos humanos; un mundo en el que se fomenten políticas públicas basadas en la educación y la salud, y no en la guerra y el

crimen. Desde esta perspectiva, ICEERS trabaja a través de tres áreas: Educación - Investigación científica - Servicios:

- El área educativa contiene distintas ramificaciones; su cara más visible se presenta mediante las tecnologías de la información (website, blog, redes sociales, documentales y otros medios audiovisuales), también mediante la organización o colaboración en eventos públicos; jornadas de formación, conferencias científicas, seminarios especializados, etc. O en la generación de contenidos para otros formatos como revistas o libros.

- El área de investigación científica tiene que ver con la promoción de estudios científicos y la colaboración con investigadores e instituciones de todo el mundo para desarrollar nuevos proyectos de investigación clínica, estudios de seguimiento y encuestas online.

- En el área de los Servicios, a través del Centro de Ayuda Online, se ofrecen respuestas más personalizadas, basadas en la filosofía de reducción de riesgos, a la multiplicidad de peticiones que atrae la entidad; personas que han tomado o quieren experimentar con herramientas etnobotánicas por diversas motivaciones; consumo problemático de drogas, temas de salud mental, de crecimiento personal, familiares, científicos, personas que trabajan con herramientas etnobotánicas, técnicos de la administración, personas que buscan asesoramiento jurídico por precaución o problemas con la justicia, abogados, etc.

ICEERS pretende establecer un Centro de Servicio Multidisciplinar, en colaboración con profesionales de diversas áreas, con el fin de desarrollar protocolos de excelencia en las prácticas donde se utilicen este tipo de plantas, realizar estudios de seguimiento de

casos, programas de formación para terapeutas y personal sanitario para un uso más ético y responsable de estas plantas.

La división entre estas tres áreas es conceptual y organizativa, puesto que se retroalimentan entre ellas y, por cada uno de los canales mencionados, sale y entra información de manera constante. En este sentido, no hay una jerarquía sino más bien una horizontalidad, ergo, el motor de la organización se alimenta de la implicación de iguales y seducción de afines para operar en una ecuación que presenta de antemano su equidistancia con posiciones ideológicas cerradas o fundamentalismos de diferentes colores.

8. Los materiales etnobotánicos en occidente

La historia de la ibogaína como tratamiento de las adicciones refleja paradigmáticamente la brecha, a veces infranqueable, que separa a la sociedad civil, o a parte de ella, de la comunidad científica y política. Hoy día la investigación animal es tan abrumadora y las evidencias anecdóticas basadas en los miles de casos tratados tan enormes, que ni el menos informado de los científicos podrían cuestionar su potencial anti-adictivo. Pero el estigma que sigue cayendo sobre la comunidad de proveedores por ser la mayoría ex-toxicómanos, por la ibogaína misma, al tratarse de una sustancia “alucinógena”, sobre su utilización en medicina, por no haber sido un tratamiento descubierto por un científico y la cómoda aceptación de medicaciones crónicas, como la metadona, como supuesto tratamiento que justifica la existencia de una enfermedad, siguen haciendo, a día de hoy, que sociedad civil y las autoridades tengan intereses y necesidades irreconciliables. Ojalá el caso de Nueva Zelanda sirva de ejemplo para otros países. Porque, en definitiva, lo que el caso de la ibogaína refleja tan claramente, es

que el modelo basado en la verticalidad está haciendo aguas. El auge de las para-medicinas es incuestionable, tanto como la constante pérdida de credibilidad del modelo médico actual. Lo paradójico del caso es que el modelo vertical está fracasando, pero ese fracaso no se debe precisamente a su falta de eficacia. La medicina está hoy día más avanzada que en cualquier otro momento de la historia de la humanidad, los tratamientos son cada vez más efectivos, muchas enfermedades antes mortales hoy pueden ya no sólo curarse, sino prevenirse, y la esperanza de vida en general, gracias al avance de la medicina, es la más alta de todos los momentos históricos. Pero entonces, ¿qué está pasando?

Quizás, por un lado, la alta tecnificación de los tratamientos médicos hace sentir a muchas personas la sensación de no poder participar de forma activa de sus procesos de curación. Y, quizás, por otro, el constante aislamiento que sufren muchos ciudadanos aparejado con el continuo crecimiento de las poblaciones urbanas conduce a que muchas personas busquen en la compañía de sus iguales formas alternativas del cuidado y mantenimiento de su salud. Todo ello, con la consecuencia final de que los tratamientos médico-tecnificados-urbanos dejan de lado algo, lo que muchos ciudadanos buscan, que es el entender las enfermedades como procesos holísticos en los que, además del cuidado del cuerpo, se obtenga un beneficio psicológico e incluso espiritual. Y este es el hueco que, precisamente, parece que está ocupando cada vez más las prácticas etnobotánicas tradicionales venidas de Sudamérica o de África, en las que los rituales con plantas como la ayahuasca o la iboga están experimentando una creciente expansión en occidente. En este sentido, es interesante remarcar el rol que han jugado las personas usuarias de drogas generando un cuerpo teórico y práctico de experiencias y conocimiento, enmarcándose así

dentro de la filosofía entre iguales (*peer to peer*). Este fenómeno ha favorecido la inclusión de prácticas terapéuticas tradicionales en las prácticas médicas modernas.

El ser humano es un animal social. Tradicionalmente la curación de las personas se producía en el seno de la comunidad, donde toda la comunidad tomaba parte activa en el bienestar común, que es, en definitiva, una consecuencia y causa a la vez del bienestar individual. Hoy día la medicina, en todas sus vertientes, es una práctica privada que se realiza entre dos desconocidos (médico-paciente) en un espacio aislado (el consultorio médico o psicoterapéutico) en el que lo que se intercambia es conocimiento por dinero. Algo que va en contra de la biología humana como especie donde tradicionalmente la curación se realizaba en rituales grupales en los que se cantaba, se bailaba, se tomaban sustancias etnobotánicas y la comunidad como un todo era agente y consecuencia de bienestar común e individual. En los rituales de ayahuasca o de iboga los iniciados se encuentran con iguales que tienen las mismas motivaciones que ellos, las mismas cosmovisiones, los mismos problemas y que se reconocen mutuamente buscando nuevas soluciones basadas en el poder del grupo y en el apoyo mutuo. El chamán, oficiante, o como quiera llamársele, además toma parte activa de los procesos del grupo, compartiendo vivencialmente su experiencia con las plantas de manera tan activa como los iniciados. La curación ya no es privada, la práctica ya no es aislada, lo que ocurre es público, y las dinámicas de cada individuo son expresadas en el contexto del grupo, donde todos son testigos de los procesos de todos. GITA, la alianza de proveedores de ibogaína, de nuevo es un ejemplo paradigmático de cómo, frente al rechazo de la medicina oficial, personas con necesidades e inquietudes afines, y que han atravesado una experiencia iniciática común, se agrupan para tomar parte activa

de la comunidad, ayudando a otros con su conocimiento, experiencia, y apoyo mutuo. Lo mismo se puede decir de los numerosos grupos de ayahuasqueros que hoy día pueblan la península ibérica, ya sea en forma de religiones ayahuasqueras o de grupos que se han ido autoformando por conocimiento mutuo. Como animales sociales, el auge por el interés en este tipo de plantas obedece a esta necesidad de que los procesos de curación deben establecerse en el contexto del grupo, de la comunidad. Y como organismos capaces de proyectarse más allá de su inmediatez, los seres humanos encuentran en estas plantas respuestas de índole trascendente que les sirven para dotar de sentido a sus vidas y a los procesos personales por los que, particularmente, cada ser singular, atraviesa. Y que el grupo valide, por resonancia mutua, estas experiencias aporta un punto de salud mental a la existencia singular difícil de encontrar en el consultorio médico o en el hospital.

Sería deseable que la medicina oficial y los políticos, en lugar de tratar de reprimir y ridiculizar este fenómeno cada vez más emergente, tomen conciencia de él y se inicie un trabajo común fruto del cual todos salgamos beneficiados.

12. VIVIENDO EN SUEÑOS, GESTIONANDO LAS REALIDADES.

KETAMINA

Lana Durjava y Mat Southwell

COACT

lanadurjava@gmail.com

mat.southwell@icloud.com

Este es un estudio de caso que resume como Respect, un grupo de usuarios de drogas del Reino Unido, respondió a la aparición de problemas relacionados con el consumo de ketamina. La evaluación de necesidades de sus usuarios, el desarrollo de prácticas e intervenciones de pares y como se realizó la asesoría al Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD), en asociación con colegios profesionales progresistas y otros colegas, a pesar de la falta de acción, indiferente y perjudicial, de los organismos gubernamentales y la mayoría de los servicios tradicionales de atención a las drogodependencias.

La subida y la caída del modelo británico progresista de la Política de Drogas y su Práctica

Gran Bretaña tiene una larga historia de respuestas progresistas, pragmáticas y de tolerancia hacia el consumo de drogas. Fue uno de los pioneros de la reducción de daños, mucho antes de que el término fuera acuñado; en realidad, por ejemplo, la terapia de sustitución de opiáceos en el Reino Unido se remonta hasta el final de la década de 1920. La tradición del modelo progresista continuó duran-

te gran parte del siglo pasado y alcanzó su punto máximo en la década de 1980 con el crecimiento constante de terapias de sustitución de opiáceos, trabajo de proximidad, campañas de sexo seguro y la aplicación de programas de intercambio de agujas en 1986, que marcó un hito sólo igualado por los Países Bajos. Aunque a menudo se supone que las políticas de drogas pragmáticas y progresistas derivan de gobiernos de izquierda, fue en realidad durante el periodo de Margaret Thatcher, que en base a la evidencia, los enfoques de reducción de daños se convirtieron en parte de la política nacional, en respuesta a la epidemia del VIH. A pesar de la intensa oposición y fuertes acusaciones de facilitar y promover el uso de drogas, el gobierno de Thatcher dio un paso valiente y decidió seguir el consejo del ACMD, que publicó la declaración de que la propagación del VIH presentaba un peligro mucho mayor para la salud individual y pública que el mismo uso de drogas. Aunque la principal preocupación del gobierno no era la salud y el bienestar de los consumidores de drogas por vía intravenosa, no obstante, adoptó un enfoque pragmático de salud pública evitando un enfoque moralizador al respecto y la politización del fenómeno de uso de drogas. Unos 10 años más tarde, Tony Blair, llegó a su puesto e informó a la nación que ya llegó la hora de un cambio radical en la política de drogas del Reino Unido. Dado que la amenaza del VIH ya no era una razón significativa, Blair adoptó un enfoque en el que el objetivo ya no era la salud pública, sino un enfoque destinado a reducir la delincuencia. La política de drogas del Reino Unido fue así oficialmente reorientada desde la salud a la delincuencia, y ya no abogaba por la reducción del daño, sino que todo se centró en la reducción de la delincuencia.

Todo el fiasco comenzó con la elección del gobierno laborista en 1997, que fue seguido rápidamente por el nombramiento de Keith

296

Hellawell como el primer zar de drogas británico (Coordinador Anti-drogas). Después de eso, no pasó mucho tiempo para que el gobierno adoptara la posición de guerra contra las drogas y la retórica del Nuevo Laborismo se embarcó en una cruzada moral contra los usuarios de drogas, que era, irónicamente, el camino que los conservadores de Thatcher nunca tomaron. La nueva estrategia de hacer frente al consumo de drogas de repente se convirtió en “romper de una vez por todas el círculo vicioso de la droga y la delincuencia, que destruye vidas y amenaza a las comunidades”, como Blair afirmó en el prólogo de *La Lucha Contra la Droga para Construir una Mejor Gran Bretaña*, era el plan irrealista para los siguientes 10 años del Gobierno, crear una Gran Bretaña libre de drogas. No hace falta decir que el proyecto fracasó miserablemente. A pesar de la creación de la Agencia Nacional de Tratamiento, la nueva autoridad sanitaria especial en el Servicio Nacional de Salud, cuyo papel era mejorar la disponibilidad y la eficacia de los tratamientos farmacológicos, pronto se hizo evidente que el imperativo de reducción de la delincuencia significaba que el enfoque del tratamiento no era sobre los que necesitaban ayuda, sino para los que la sociedad consideraba que necesitaban tratamiento debido a que estaban causando daño social. Este sistema podría haber parecido racional al considerar el uso de la heroína y el *crack*, pero cuando los principales problemas de salud asociados con la ketamina comenzaron a surgir, no había ninguna estrategia política o modelos de servicio que fuesen adecuados o accesibles. Los usuarios de ketamina no encajaban en la categoría del criminal necesitado y por lo tanto no se consideraban una prioridad ya que el daño causado por la droga afectaba al individuo en un nivel mucho más alto que el que afecta a la sociedad. Dado que la política de drogas del Reino Unido centraba su atención sobre la reducción del crimen, dejando

muy poco espacio (y recursos) para la mejora de la salud, el gobierno se negó a hacer cualquier cosa en respuesta al alarmante crecimiento de los problemas, relacionados con el uso de la ketamina. Ante esta inacción, Respect intervino en colaboración con usuarios de drogas, investigadores y profesionales de la salud. Se dispuso a hacer frente a los problemas relacionados con el uso de ketamina con el objetivo de proporcionar información creíble sobre esta sustancia, las consecuencias potenciales de su uso, consejos de reducción de daños y opciones de tratamiento dirigidos a sus usuarios. Respect reconoció la necesidad urgente de dar una respuesta equilibrada y realista al consumo de ketamina, un enfoque que tendría en cuenta ambos lados de la historia y no sólo los aspectos negativos de su consumo. También se esforzaron para ofrecer una educación que se basara en los hechos y no en la ideología, lo que garantizaría un enfoque positivo en relación a la salud pública, mientras que al mismo tiempo trabajarían para la erradicación del estigma, la discriminación, y el aumento de la criminalización de las personas que utilizaban ketamina, alimentado por los medios de comunicación, los políticos y el público en general.

La ketamina - Iluminando el camino

Entonces, ¿cuál es la historia detrás de esta sustancia nueva que parecía haber surgido de la nada y de repente se convirtió en un problema de proporciones internacionales? En realidad, la ketamina ya existía desde hace mucho tiempo, se remonta a 1962 cuando fue sintetizada por primera vez por el científico estadounidense llamado Calvin Stevens. Stevens estaba buscando un nuevo anestésico para reemplazar la PCP (fenciclidina), estructuralmente similar, pero de mucha más larga duración y mucho más tóxica, considerada generalmente inadecuada para su uso en seres humanos debido a los graves

efectos alucinógenos que producía tras la recuperación de la conciencia.

Originalmente patentada en Bélgica un año más tarde, la ketamina pronto llegó a la lista de sustancias autorizadas para su uso en seres humanos y continuó usándose en la guerra de Vietnam como medicamento en el campo de batalla, los soldados podían inyectarla por vía intramuscular a sus compañeros heridos sin el temor de sobredosificar y matarlos accidentalmente, algo que estaba sucediendo con demasiada frecuencia con la administración de morfina entre compañeros. A pesar del indiscutible valor de la ketamina en el tratamiento del trastorno de estrés post-traumático, que más tarde fue demostrado en numerosos experimentos y pruebas, pronto se dieron cuenta de que la administración de la ketamina en el frente de batalla actuó para amplificar traumas psicológicos, porque la persona que recibía el medicamento en este contexto podía traumatizarse aún más por la experiencia.

Las propiedades anestésicas de la ketamina pronto la llevaron a su amplio uso en la medicina humana y veterinaria. Un margen inmenso entre la dosis médica más alta y la letal, hacía la muerte por sobredosis casi imposible, significaba que la ketamina fuera aprobada para un gran número de pruebas, llevándola a ser uno de los fármacos más estudiados de nuestro tiempo. Por otro lado, debido a la capacidad de la ketamina para producir efectos alucinógenos y disociativos en cuestión de minutos después de la administración, el potencial del fármaco para uso recreativo tampoco pasó desapercibido por mucho tiempo.

El primer grupo de personas que reconocieron el valor no médico de la ketamina fueron psiconautas, exploradores de la mente y aventureros de la psique que buscaban investigar su mente con esta-

dos alterados de conciencia inducidos deliberadamente. Los pioneros de esta droga bastante desconocida, con formación educativa y socialmente posicionados estaban utilizando la ketamina como una herramienta para sus exploraciones espirituales y psicológicas. Estos psiconautas se inyectaban por vía intramuscular la ketamina en dosis altas sobre todo en contextos seguros, como sus hogares en los que podrían experimentar plenamente el medicamento sin interrupciones del mundo exterior. Para permitir la separación/disociación completa de la realidad externa, algunos de ellos utilizaron tanques de privación sensorial en los que se encontraban en el agua en la oscuridad, para permitirles centrarse en su experiencia de tomar ketamina reduciendo los estímulos sociales externos o internos de carácter personal.

El motivo principal de los psiconautas para emprender los viajes espirituales inducidos por la ketamina era trascender el mundo exterior, la experiencia de separación de la conciencia del cuerpo, hacerse una idea de la naturaleza de la existencia y el Ser, recuperar recuerdos olvidados y alcanzar experiencias cercanas a la muerte y de renacimiento. Acostumbran a tomar dosis muy altas, ya que deliberadamente tratan de entrar en un agujero K, pero como en su mayoría utilizaban la ketamina de forma no regular, el riesgo para el desarrollo de K-dependencia era considerablemente bajo, aunque todavía no del todo inexistente.

A principios de los años noventa la ketamina llegó a la escena de discotecas gay de Nueva York y Londres donde se encontró un grupo totalmente diferente de admiradores. Si los psiconautas apreciaban la droga por sus propiedades alucinógenas y disociativas, la nueva audiencia, llamados los *klubbers*, descubrieron la posibilidad de usar-

la como un estimulante muy eficaz. La ketamina es una de las drogas en que la cantidad de dosificación hace variar mucho sus efectos, y mientras los psiconautas se estaban inyectando tomas de 200 ml al intentar lograr una experiencia extra corporal, los *klubbers* tomaban pequeñas dosis de ketamina, que generalmente no excedían 25 ml por dosis. Había una cierta división dentro del grupo de los *klubbers* también: mientras los *klubbers* en Nueva York principalmente utilizaban la ketamina sola como droga preferida de elección, los discotequeros de la escena de Londres que eran inicialmente consumidores de MDMA, comenzaron a tomar la ketamina con el fin de “suavizar” la experiencia del éxtasis, para gestionar y tratar los cambios en la química cerebral que reducían su experiencia global con la MDMA.

Aunque la finalidad principal de los *klubbers* al tomar la ketamina era disfrutar de sus propiedades estimulantes en las fiestas discotequeras, más tarde muchos se dieron cuenta que la ketamina era, cuando se toma en dosis más grandes, también un fármaco muy útil para relajarse después de bailar toda la noche. Pronto descubrieron que la ketamina podría ser usada para bajar de los efectos de los estimulantes, del mismo modo como la heroína y benzodiazepinas. Algunos de estos *klubbers* luego pasaron a tomar dosis más altas de ketamina y se convirtieron en psiconautas. Los que realizaban usos prolongados de estos fármacos se encontraron frente a los desafíos relacionados con la dependencia a la ketamina.

La dependencia a la ketamina nunca fue un alto riesgo para cualquiera de estos dos grupos de usuarios, dado los patrones de dosificación, el tomar pausas entre las distintas tomas o una hidratación frecuente, ya que fueron prácticas reconocidas como una protección sanitaria urgente entre los usuarios de drogas de baile. Aun así, la

caída en una dependencia no era del todo imposible.

Así que a finales de los años noventa, más de 20 años después de que la ketamina debutara como una sustancia recreativa bastante desconocida utilizada principalmente por peregrinos espirituales, pasó a ser usada por un grupo mucho más amplio de usuarios en la escena discotequera. En este contexto, la ketamina aparentaba ser un fármaco casi de ensueño que lograba ofrecer un estímulo parecido al de la cocaína, un calmante similar a los opiáceos, la imaginiería del cannabis, mientras que al mismo tiempo proporcionaba una experiencia disociativa y alucinógena completa, sin inconvenientes aparentes o daños colaterales.

Bueno, esa impresión estaba a punto de cambiar para siempre.

Cuando la ketamina se oscureció

En *Ketamina: Sueños y Realidades*, que se lee más o menos como una Biblia de la ketamina, el Dr. Karl Jansen utilizó la terminología de la oscuridad y la luminosidad para referirse a ella y lo que experimenta el Reino Unido en la actualidad, es un aumento del lado más oscuro de la ketamina. El nuevo siglo trajo consigo varios cambios en el mercado de las drogas. El 1 de enero de 2006, la ketamina se reclasificó oficialmente como una droga de Clase C basándose en la relación entre su uso frecuente y los daños en el riñón y la vejiga, así como el deterioro de la memoria. Si bien esta relación causal no debe ser desechada por completo, vale la pena señalar que la nueva clasificación hizo que la situación con respecto a la salud pública empeorara notablemente. Hasta este momento la ketamina era una droga no fiscalizada por lo que no se podía ser enjuiciado por su posesión, pero si

por su suministro. Podríamos argumentar que el enfoque anterior hacia la ketamina era lo más cercano en relación a las políticas de drogas del Reino Unido a un modelo estilo Portugués de despenalización del uso de drogas. La reclasificación cambió esto drásticamente. Debido a las crecientes dificultades con el contrabando de la sustancia (que también se conecta con la histeria post 11-S y la aplicación de leyes muy duras contra el terrorismo), la ketamina ya no estaba disponible en el mercado negro en forma líquida, sino que ahora apareció en forma de cristal. Esto llevó a los consumidores a recorrer a la cocción de la sustancia, el poco conocimiento sobre este procedimiento realmente puede destruir la calidad de la ketamina, y daría lugar a que los usuarios de la ketamina necesitaran tomar más cantidad de la misma para encontrar el mismo efecto, lo que también significa un mayor riesgo de síndrome de vejiga ketamínica.

Al mismo tiempo, el precio de la sustancia se redujo drásticamente. Si psiconautas y *klubbers* compraban la droga por unas 50 libras el gramo, la nueva generación de devotos a la ketamina podían obtener la misma cantidad por tan sólo 10 libras. Una consecuencia natural fue su gran difusión entre los usuarios de drogas que rápidamente reemplazaron la MDMA y la cocaína por ketamina como su nueva sustancia de elección. Estos nuevos K-usuarios, conocidos como *wobblers*, provenían de un trasfondo cultural y social muy diferente a los psiconautas y *klubbers*. Los *wobblers* no eran miembros experimentados ni privilegiados como los usuarios de élite, a menudo eran chicos muy jóvenes de zonas urbanas internas y rurales, con información limitada sobre la sustancia y sus riesgos, valoraban la sustancia para proporcionarse un estado de intoxicación que les ofrecía una manera de salir de una vida vacía y frustrante, alienados

y marginados. Su principal motivación para el uso de ketamina estaba muy lejos de los intentos de llegar a visiones intensas, revisiones de vida, experiencias extra corporales y estados místicos. Los *wobblers* no querían enriquecer sus vidas con un viaje ocasional en el mundo de los sueños inducido por fármacos, sino que lo que querían es salir de ella y, a menudo se veían atrapados en patrones de consumo de drogas repetitivos y dañinos. Si para los psiconautas la ketamina era sobretodo el viaje a través del velo, con la plena intención de volver, enriquecido por la experiencia, el deseo principal de los *wobblers* consistía en ir al otro lado del velo y tapar la realidad, a menudo usándola sin interrupciones. No estaban interesados en tomar la sustancia de forma moderada y sofisticada; al contrario, su principal razón para usarla era hacer un exceso de ketamina en toda regla. Ellos no querían ser guerreros de fin de semana, se encontraron cayendo en agujeros K y quedándose atrapados dentro. El uso compulsivo que realizaban de la ketamina era una respuesta natural, semi-funcional a su realidad cotidiana que se constituyen principalmente de angustia existencial, falta de oportunidades, inseguridad social y banalidad de relaciones interpersonales.

Debido a que de los *wobblers* tendían a utilizar la ketamina con la intención primaria de escapar de sus vidas, desprenderse de su entorno y hacer soportable lo insoportable, tuvieron una pre-vulnerabilidad mucho mayor a la exposición de las consecuencias negativas del uso excesivo de la sustancia. Mientras aumentaban constantemente la dosis y la frecuencia de uso, parecían no ser conscientes de las propiedades dañinas de la ketamina y su potencial de dependencia. Esta falta de conocimiento se debe a dos razones: por un lado, había un muy bajo nivel de apoyo y educación entre sus grupos de pares,

lo que hacía casi imposible conseguir información en su entorno natural. Por otro lado, la falta de respuesta total del Gobierno al riesgo asociado al uso de la ketamina y las necesidades de las personas que usan drogas, dejó la nueva generación de los *wobblers* sin conciencia de los daños sociales y de salud que el fármaco podría causar cuando no se gestiona de manera óptima.

La consecuencia lógica de este vacío educativo era que los *wobblers* tuvieron que aprender la lección sobre los peligros de la ketamina ellos mismos, y aprendieron por las malas. Incluso personas con estudios superiores con un gran conocimiento teórico de los mecanismos y la naturaleza de la dependencia, a menudo han demostrado poseer un cierto punto ciego en cuanto a notar el desarrollo de este fenómeno en sí mismos. Los *wobblers* generalmente no tienen este conocimiento teórico o experimental de las drogas común entre los psiconautas e incluso los *klubbers*. Así que estaban aumentando rápidamente sus dosis y su frecuencia de uso, ya que no sabían cómo manejar el cristal, estaban cocinando la sustancia, lo que disminuye su calidad, y en consecuencia aumentando la dosis para obtener el mismo efecto. Aunque muy pocos de ellos superaron la barrera de la aguja, sin embargo, demasiado a menudo se encontraban con una K-vejiga, problemas de salud mental, falta de atención y problemas de memoria, los cuales están estrechamente relacionados con el uso intensivo de esta sustancia. El potencial de la ketamina para la dependencia ha tomado a la mayoría de sus usuarios por sorpresa, ya que la mayoría no eran conscientes del perfil adictivo de esta droga psicodélica y disociativa.

Además de los chicos jóvenes en zonas rurales, había otro grupo de personas que poco a poco se instalaron en el patrón de uso

diario de la ketamina. Este grupo fue predominantemente constituido por okupas, artistas y activistas de Londres del sur y este, por lo tanto personas que ya vivían en los márgenes de la sociedad y cuyo uso compulsivo de la ketamina los llevó más allá del límite. La ketamina estuvo a punto de destruir la escena de fiesta del todo Londres okupa, de repente se volvió frecuente encontrar bastantes personas inconscientes tumbadas en los locales, aconteciendo violaciones y robos. Surgió un rumor que todo el problema ketamínico fue el resultado de un plan de conspiración, desarrollado y organizado por la CIA para destruir la escena del éxtasis, y aunque este rumor no fue fundado, destacó la preocupación y el miedo que la ketamina estaba provocando y el impacto destructivo que tenía sobre la escena de baile previamente segura y empática.

En pocos años una sustancia aparentemente inofensiva hasta entonces, consumida por la gente del nivel más alto de la sociedad, se convirtió en una sustancia que causó importantes daños, consiguiendo equiparar a sus usuarios a los de la heroína y el *crack*. En un tiempo muy corto se produjeron muchos casos de jóvenes con vejigas K, dependencias K, y que presentaban funciones cognitivas deficientes, pero con prácticamente ninguna opción de tratamiento ya que todos los servicios estaban centrados casi exclusivamente en la heroína y el *crack*. Este hecho estaba en consonancia con la agenda del gobierno para basar la política nacional sobre drogas en el imperativo de la reducción de la delincuencia, en lugar de centrarse en la mejora de la salud pública. Esta se caracterizó por el nombramiento de un oficial superior de libertad condicional, como jefe de la Agencia Nacional de Tratamiento (NTA), lo que dio un claro mensaje de compromiso del gobierno para ver las drogas como un problema de justicia criminal y no de salud. También subestimaron mucho el potencial de los daños

relacionados con la ketamina, interpretándolo como un problema regional, y no de carácter nacional. Se podrían dibujar paralelismos a la situación con el sulfato de anfetamina en el pasado, que también apareció en escenas juveniles culturales muy específicas, como los *skinhead*, *North Soul* y escenas *punk*. Otra vez, estas tendían a ser en torno a ciertas regiones geográficas, pero esto no impidió un diálogo y una respuesta nacional. Sin embargo, en la nueva agenda basada en la delincuencia, la ketamina y sus usuarios quedaron ignorados haciendo del Gobierno y la NTA, en particular, cómplices de los problemas resultantes.

Ganando y perdiendo parte de Respect

La Organización Respeta los Usuarios De Drogas (Respect) se formó en el este de Londres durante la década de 1990. El grupo fue formado originalmente por miembros de la comunidad de usuarios de drogas del este de Londres para responder a los intentos de los comisionados y otros proveedores de servicios de drogas de cerrar un innovador servicio comunitario de reducción de daños y reconocido con premios, llamado Equipo Opciones Saludables (HOT). HOT era un servicio de salud orientado al uso de drogas, un equipo atípico que tenía una composición mixta de profesionales de la medicina tradicional y personas que utilizaban drogas. Esta colaboración reflejaba la respuesta de movilización de la comunidad VIH típica entre el colectivo LGBT, sin embargo, esta alianza de trabajo no era considerada apropiada ni adecuada para las personas que utilizaban drogas. Por lo tanto, el enfoque de HOT inicialmente causó preocupación significativa y hostilidad por parte de los servicios de drogas tradicionales, tanto dentro de los sectores oficiales y las ONG.

Después de combatir con éxito los primeros intentos de cerrar HOT, Respect siguió desarrollando una serie de grupos de usuarios de drogas especializados que respondieron a la gama de tendencias de drogas emergentes, que a menudo aparecieron por primera vez en Europa en Ámsterdam, Londres este y centro. La colaboración singular de HOT con esta variedad de grupos de usuarios de drogas, y la comunidad de usuarios de drogas en general, le ha permitido estar a la vanguardia de la innovación en torno a las nuevas tendencias de usos de drogas. Significativamente, la conciencia de HOT y su compromiso con estas nuevas tendencias de uso de drogas se nutría de la información y acceso que su asociación tenía con la comunidad local de usuarios de drogas e incluso de algunos proveedores de drogas más progresistas (fueron descritos por la policía y medios de comunicación negativamente como alianza con los traficantes de drogas).

HOT existió cerca de 16 años y se desarrolló con diferentes formaciones del equipo y líderes, fundada con la participación dinámica de las comunidades locales de usuarios de drogas en una colaboración que se desarrolló y profundizó con el tiempo. Por último, la política nacional de drogas se alejó de un enfoque de salud pública y reducción de daños para acercarse a un modelo basado inicialmente por el de “sólo diga no” de los EE.UU. y más tarde en una agenda basada en el delito, como ya hemos apuntado. Debido a que el trabajo de HOT era cada vez más interrumpido e impedido, el personal y los líderes clave dejaron HOT y los nuevos gestores de los servicios de la salud pública comenzaron a prohibir reunirse con los grupos locales de usuarios de drogas en las instalaciones de HOT, posteriormente, los trabajadores y voluntarios usuarios de drogas fueron despedidos de los servicios. Esto fue visto como una violación de confianza por

los usuarios de drogas locales que respondieron con la ruptura con los servicios en masa. La incapacidad del nuevo equipo no usuario de drogas para trabajar con los clientes de alta complejidad de HOT condujo a la introducción de medidas de seguridad extremas que llevó aún más a elevar el umbral de accesibilidad y redujo el atractivo de este servicio como puerta de enlace.

Respect y sus grupos asociados respondieron rompiendo la relación con los servicios de drogas y fortalecieron las redes de pares de usuarios y proveedores de drogas reivindicando instalaciones con sedes más accesibles. Aparte de la continua denuncia de servicios cada vez más prejuiciosos y de difícil acceso, los grupos de Respect también actuaron como defensores de los consumidores, de las redes de suministro de drogas, la promoción de proveedores de drogas éticos y solidarios en vez de los que eran más agresivos y despreocupados por los derechos de sus clientes. Respect también supervisó e hizo mediación con la policía, dando formación y trabajando junto a los elementos progresistas de la policía, especialmente en Tower Hamlets, mientras gestionaban y desafiaban el planteamiento corrupto de la vigilancia del mundo de las drogas, que particularmente salió de la comisaría de Stoke Newington, donde la brigada antidroga fue demostrada culpable más adelante de dirigir la escena de tráfico de drogas y detener y volver a vender las drogas de los proveedores más éticos que no estaban en connivencia con su enfoque corrupto.

Respect y su diversidad de grupos de especialistas se asociaron inicialmente de forma independiente con HOT en campañas clave en torno a la inhalación de heroína y *crack*, las intervenciones de cambio de vía de consumo y el mascado de khat. Debido a que esta relación se rompió, Respect se alejó de los servicios y comenzó a uti-

lizar una acción más directa y enfoques de organización popular de usuarios de drogas, a partir de las lecciones del movimiento de los usuarios de drogas holandeses, en especial los *Junkiebond* con sede en Rotterdam.

Grupos de Respect se pusieron en marcha en diferentes partes del este de Londres y también en Jersey y Brighton. Además, Respect nombró uno de sus líderes para dejar de liderar un grupo en el este de Londres y centrarse en el desarrollo de una red nacional conectando con una amplia gama de otros grupos de usuarios de drogas en todo el espectro de tipologías de consumo. La resultante Agencia Nacional de Desarrollo de Usuarios De Drogas (NDUDA) consiguió fondos para los grupos nacionales y locales. Sin embargo, esta red se enfrentó de nuevo a una resistencia sustancial por parte de los organismos nacionales de drogas. Durante un período de 5 - 6 años, esto llevó a la ruptura de una red que en su apogeo contaba con 45 grupos asociados y celebró dos reuniones generales anuales con más de 100 delegados en cada una. Les llevó mucho tiempo a los miembros de la red darse cuenta de que estaban atrapados en una batalla por el control de la política de drogas entre los distintos departamentos del Gobierno y que el apoyo declarado por la Agencia Nacional de Tratamiento fue en realidad un proceso de sabotaje, a pesar del genuino y sincero compromiso de algunos miembros del personal.

El colapso de NDUDA resultó de una combinación de este compromiso explotador y divisorio de profesionales clave, la lucha interna entre los diferentes tipos de grupos de usuarios de drogas, y con el tiempo la creciente inestabilidad por el consumo de drogas de los principales líderes que estaban cada vez más alienados y desilusionados por un proceso que se vivió como injusto y engañoso.

Sin embargo, a pesar de ello, Respect y su grupo hermano de usuarios de drogas fueron muy influyentes y lograron una serie de logros positivos aprendiendo lecciones importantes. Una pieza clave de este período fue el trabajo de la *Brigada del Crack*, un grupo de educadores entre los cuales se encontraban personas que hubieron o seguían utilizando cocaína *crack*. El grupo desarrolló modelos para la promoción de reducción de daños y estrategias de autocontrol a través del uso del apoyo entre pares y las estrategias de movilización de la comunidad. El grupo encontró aliados entre la policía y parte del servicio de salud que reconoció que la escuadra de tropas de la *Brigada del Crack* ofrecía soluciones, o al menos estrategias eficaces, para reducir el nivel perjudicial individual y comunitario de la cocaína *crack* que anteriormente se había visto tan imposible de resolver.

La *Brigada del Crack* trabajó con la Universidad Real de Medicina General (RCGP) y usuarios de *crack* participaron en un modelo de formación innovador con médicos y personal auxiliar en el que las diferentes partes trabajaron juntas frente a los riesgos y los problemas y propusieron respuestas de trabajo entre pares, prácticas innovadoras y pragmáticas. A través de este proceso, todos los diferentes grupos de interés pudieron llevar el aprendizaje de nuevo a sus consultorios, servicios y grupos de iguales fomentando un intercambio colaborativo y dinámico de puntos de vista. La experiencia de más de 2 - 3 años dio lugar a las Directrices de la RCGP sobre cocaína *crack*. Estas directrices fueron innovadoras ya que desafiaban la ortodoxia de que era imposible responder al *crack* y la creencia de que los consumidores de *crack* eran demasiado peligrosos e inestables para ofrecerles servicios. Las directrices resultantes destacaron el valor de la asociación profesional /grupos de pares, que en sí mismo era un cambio de cultura para los servicios. El Dr. Chris Ford, el entonces jefe del Grupo de Trabajo de

la RCGP sobre Drogas, Sexo y VIH, fue un actor clave en este proceso, sin su visión, la empatía y el compromiso de esta innovadora obra no hubiera sido posible o habría sido por lo menos mucho menos exitosa e impactante.

Por tanto, la negativa del gobierno y de la Agencia Nacional de Tratamiento para responder al fenómeno de la ketamina se basó en su subestimación del problema, así como en el dominio de los modelos para trabajar con los opiáceos y el *crack*. Debido a que su interés principal era la reducción de la delincuencia, la falta de delincuencia relacionada con la ketamina aseguró que algunas personas no obtuvieran la atención necesaria o no aparecieran en el radar de la política de la NTA. Esto no quiere decir que los usuarios de la ketamina no se enfrentasen al peligro de ser acusados penalmente, desde su reclasificación en una droga de la Clase C, los usuarios de la ketamina en realidad, se enfrentaban a un peligro real de conseguir un currículum criminal, devastador para los que se habían formado para determinadas profesiones después de una inversión considerable de tiempo y dinero para asistir a la Universidad. Pero tal crimen, aunque muy perjudicial para el individuo, era a un nivel tan bajo en términos de daños a la sociedad que el gobierno no lo consideró digno de su atención y recursos.

Tras la ruptura de NDUDA, la red Respect se derrumbó porque muchas personas se fueron a tratar de resolver sus problemas con las drogas que habían surgido o empeorado durante este período difícil. También llevó tiempo reparar y recuperar relaciones entre los activistas y grupos clave, mientras que diferentes grupos tomaron la decisión de ya sea trabajar con los servicios de NTA o trabajar de forma independiente a través de redes de colegas.

Luchando para Respect y Rechazando la indiferencia del gobierno

Una de las personas clave de la escena de baile, consumo de drogas y activista de la ketamina en Respect era Mat Southwell. En 2007 Mat se trasladó del este de Londres al oeste de Inglaterra. Sin querer esto marcó el movimiento de uno de los centros de uso de la ketamina a otro. Las poblaciones de usuarios de drogas tenían allí un perfil muy diferente, pero todos podrían ser descritos como *wobblers* en general, a quienes se les presumían patrones muy arriesgados de uso de ketamina que los hacía tener un alto riesgo tanto de dependencia como de sufrir síndromes de vejiga k. Las solicitudes de ayuda de las diferentes redes de colegas en Londres y en el oeste del país llevaron los activistas de Respect a reunirse con los diferentes grupos de usuarios de ketamina, para evaluar su estado de salud, su situación social y los perfiles de riesgo penal. Estos grupos de usuarios de ketamina se dedicaban a ofrecer un diálogo que era reflejo del trabajo de la *Brigada del Crack* y de grupos que en las horas extras también incluían usuarios de ketamina en Belfast.

A la luz de la negativa de la NTA a tratar la ketamina, se formó una alianza de diferentes grupos de interés, y con el tiempo Respect se asoció con neurocientíficos de El Colegio Universitario de Londres (UCL), la RCGP y otras partes interesadas, como los servicios de drogas, psiquiatras y urólogos. La UCL propuso realizar un proyecto de investigación relacionado con un evento llamado K-Day. Esto ofreció a usuarios de ketamina la oportunidad de reunirse con una serie de diferentes grupos de interés para compartir sus experiencias, buscar ayuda profesional, y tomar parte en la investigación. El papel de Respect en el evento fue propagar el mensaje dentro de redes locales de usuarios de drogas, la organización y la financiación de un grupo

de usuarios de ketamina para asistir desde el oeste de Inglaterra, y el asesoramiento sobre cómo participar y gestionar los usuarios de ketamina en el evento.

K-day fue un evento revolucionario que permitió una rápida evaluación de la situación y una interacción dinámica entre las personas que utilizaban ketamina, investigadores y otros actores profesionales. La Dra. Celia Morgan, que entonces trabajaba en la UCL, fue un agente clave en este evento ayudando a coordinar los diferentes actores y produciendo investigaciones clave que salieron del evento. La UCL y Respect presionaron a la NTA para responder a las necesidades de los usuarios de ketamina pero fue en vano ya que esta promoción ya estaba obstruida, la NTA no cumplió con sus compromisos de colaborar con este grupo de pares, pioneros de prácticas y conocimientos, posteriormente fue denunciado públicamente en la prensa especializada de drogas, al no cumplir con promesas públicas de colaborar con este grupo de expertos.

En cambio, la coalición de usuarios de drogas activistas y profesionales desarrolló una amplia gama de respuestas al fenómeno de uso de ketamina, dinámicas y prácticas de apoyo entre pares. Estos han incluido nuevas investigaciones y pruebas dinámicas sobre la ketamina, una serie de estrategias de reducción de daños, y modelos de auto-control y desintoxicación. Las redes informales detrás de estos trabajos se han basado en la colaboración y el compromiso al trabajo de fuentes abiertas. Esto no fue siempre así y algunos de los servicios de drogas, en particular, parecían querer retener conocimientos y experiencias, ya que les daría cierta ventaja respecto a otros centros, aunque fue tarea inútil pues algunos no aprovecharon lo que para ellos era una manera atípica de la colaboración e intercambio dinámi-

co de información que normalmente definen esta área de trabajo. El hecho es que este trabajo se llevó a cabo en gran parte sin financiación y se basó en el compromiso voluntario de los actores clave, cosa que hace que este trabajo sea aún más notable y crudamente contrastante con la falta de acción desde la NTA y el Gobierno en general.

Este trabajo fue desarrollado posteriormente con una serie de directrices de reducción de daños que se presentaron como *tweets* e imágenes fotográficas para su uso y difusión en las redes sociales. El aprendizaje también se elaboró a partir de otros proyectos de pares claves como DanceSafe en los EEUU y TripSafe en Toronto Canadá. En general el aprendizaje se elaboró a partir de foros de Internet, tales como el DrugsForum, Bluelight y Erowid. Esto destaca el papel fundamental de Internet como un espacio para los consumidores de drogas para compartir y difundir el aprendizaje evitando los riesgos de exposición pública encontrados en los servicios de cara a cara. Mientras que los servicios de drogas fueron en general poco dispuestos o incapaces de responder con eficacia, hubo algunas excepciones notables a esta con respuestas dinámicas surgidas en zonas de Londres, Bristol y Bradford.

Compartir el aprendizaje y la promoción de cambio

El trabajo de Respect, desarrollado a través de esta asociación dinámica, se presentó en una serie de conferencias nacionales y locales, especialmente apoyados por HIT, una agencia de marketing social y formación con sede en Liverpool. Este trabajo ha sido en general muy bien recibido y los resultados fueron presentados en última instancia, al Grupo de Trabajo sobre la ketamina del Consejo Asesor sobre uso Indebido de Drogas. Los resultados y pruebas de Respect han

sido muy elogiadas y bienvenidas, pero cómo va a influir en el informe final sobre la ketamina de la ACMD aún está por ver porque el informe aún no se ha publicado. Las recomendaciones de Respect se incluyen en la tabla siguiente, sin embargo, existen dudas considerables de que el informe o bien fallara en no ofrecer recomendaciones suficientemente fuertes para evitar nuevos aumentos de la criminalización de la ketamina o aún más probable, que el conjunto de las recomendaciones de la ACMD sean ignoradas por el actual ministra del Interior conservador, Teresa May MP, que está ganando reputación por actuar sistemáticamente contrariamente al asesoramiento de expertos.

Como tal, Respect sigue colaborando con socios profesionales y está presionando para una respuesta eficaz desde el ACMD, a la vez que prepara sus propios enfoques para tomar lecciones y aprender para la comunidad de usuarios de ketamina a través de los medios sociales, sesiones de formación organizadas por los servicios de drogas progresistas, y por medio de sesiones educativas de pares realizadas en las casas de los principales líderes y por medio las redes de abastecimiento. Esta es la próxima etapa de trabajo, que está actualmente en desarrollo y se lanzará en los próximos meses. El marketing social y los recursos de promoción de la salud también están planeados en colaboración con HIT.

Por último, COACT, una entidad innovadora de apoyo técnico a la organización de usuarios de drogas en grupos de pares, de fomento de la participación significativa de las personas que usan drogas y de reducción de daños, ha desarrollado una herramienta de control de la salud para los usuarios de la ketamina llamado K-Check, que apoyan médicos, profesionales de las drogodependencias y otros profesionales de la salud para ayudar a evaluar y responder rápidamente a

aquellos que tienen problemas con la ketamina. Esta herramienta fue presentada al grupo de trabajo ACMD y está siendo probada y puesta a disposición en forma de fuente abierta.

Las recomendaciones de Respect para la ACMD

Desarrollar una campaña de marketing social de proximidad, desarrollada a nivel nacional para llevar mensajes de salud y de reducción de daños a los usuarios de ketamina.

Invertir en un servicio on-line interactivo, dirigido por pares pero con el apoyo profesional para los usuarios de ketamina. Educación, evolución de apoyo y auto evaluación de problemas de salud garantizando la privacidad.

Dar formación a los profesionales de la salud pública y de drogodependencias sobre cómo dar respuestas a los usuarios de ketamina, abordando tanto las lagunas de conocimiento y la reducción del estigma.

Equipar a médicos, enfermer@s y trabajador@s de drogodependencias de manera efectiva para poder reconocer usuarios de ketamina que se acercan en busca de ayuda.

Desarrollar vías de derivación en las redes de atención a la salud para los usuarios de ketamina que experimentan problemas crónicos.

Promover el trabajo conjunto entre urología y los servicios de drogodependencias para ayudar a controlar la atención a largo plazo de los pacientes con síndrome de vejiga ketamínica.

La necesaria participación política y el liderazgo de la Salud Pública de Inglaterra

Retirar las sanciones penales en virtud del Uso Indebido de Drogas para el uso y posesión de ketamina.

Conclusión

En conclusión, esta respuesta al uso de ketamina constituye una respuesta innovadora, dinámica y exitosa. El trabajo de desarrollo resultante ha tenido que ocurrir en un contexto en que la NTA y otros organismos oficiales han sido resistentes e incluso obstructivos y esto ha significado que el aprendizaje y educación se haya difundido lentamente y el enfoque sistemático que tuvo tanto éxito con el VIH y el consumo de drogas no se repitiera. El resultado es la difusión de patrones extremadamente riesgosos e insalubres de uso de la ketamina que han provocado daños devastadores a la salud de las personas y en general presiones extremas sobre los servicios de urología y daños a veces irreversibles a la salud y la vida de los jóvenes.

Se espera que el informe de ACMD marque un punto de inflexión necesario desde hace mucho, pero los temores siguen siendo importantes de que el informe no sólo sea pasado por alto, sino también obstaculizado por la falta de políticas nacionales y respuestas locales adecuadas. Como tal Respect está listo para llevar a cabo la promoción y colaboración con las partes implicadas en los intereses de las personas que utilizan la ketamina en el Reino Unido y en el mundo.

Elaborado por:

grup igia

Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

