



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Romaní, Oriol

Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño
Salud Colectiva, vol. 4, núm. 3, septiembre-diciembre, 2008, pp. 301-318

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73140304>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño ^(a)

Drug Policies: prevention, participation and harm reduction

Oriol Romaní¹

¹Licenciado en Geografía e Historia (Antropología Cultural), Universidad de Barcelona. Doctor en Antropología Cultural, Universidad de Barcelona. Coordinador Master Antropología Médica y Salud Internacional, Universidad "Rovira i Virgili", Tarragona. Presidente de Grup Igia, Barcelona, España.
oriol.romani@urv.cat

RESUMEN Este texto, después de una introducción al campo de las drogas, se inicia con el abordaje del concepto de prevención general, desde la perspectiva teórica de la antropología médica, para después abordar, de forma más específica, la prevención en dicho campo. Tanto en un nivel como en el otro, la participación de los propios interesados se revela como un elemento clave para su posible eficacia. Para exemplificar la discusión se analizarán las aportaciones preventivas de los programas de reducción del daño en distintos ámbitos geográficos y temáticos como son, en este último caso, el de los consumos endovenosos de adultos socialmente "marginales" y el de los consumos de jóvenes "integrados" en contextos de ocio nocturno. En la última parte se plantea la necesidad de incorporar técnicamente la participación en las políticas y programas preventivos en el campo de las drogas, así como de ir creando un marco general más coherente con la potenciación de dicha participación que el predominante en la actualidad; para finalizar con unas reflexiones acerca del alcance teórico-político del concepto de reducción del daño.

PALABRAS CLAVE Drogas Ilícitas; Políticas Públicas de Salud; Reducción del Daño; Antropología; Abuso de Sustancias por Vía Intravenosa.

ABSTRACT After an introduction to the topic of drugs, this paper deals first with the concept of general prevention from the theoretical perspective of Medical Anthropology and then specifically with prevention in such field. At both levels, a key element is the participation of the ones involved. Preventive contributions to the programs of harm reduction will be analyzed in different environments such as the one of the intravenous consumption of "outcasts" and the consumption of the youngsters "integrated" to nocturnal-sloth-contexts. At the end, the article states the necessity to incorporate technically, the participation in the preventive programs and policies of drugs and to create a more coherent general framework than the existing one, finishing with some reflections about the concept of harm reduction.

KEY WORDS Street Drugs; Health Public Policy; Harm Reduction; Anthropology; Substance Abuse, Intravenous.

DROGAS Y AUTOATENCIÓN

Antes de hablar de la prevención de aquellos aspectos conflictivos, desde el punto de vista social y sanitario, relacionados con los usos de drogas, deberemos precisar brevemente qué entendemos por esta cuestión, es decir, por uso de drogas: se trata del fenómeno de la incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, con unas características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas. Como ya planteara hace unos años Zinberg (1), para entender la variabilidad de efectos de las drogas no podemos disociar la sustancia consumida del sujeto consumidor ni del contexto donde se da el acto de consumo. Esto es así porque una cosa es el laboratorio y otra distinta son las condiciones, materiales y simbólicas, en las que los sujetos, en su vida cotidiana, consumen el producto-droga. Son variadas las personas que las consumen (por su estructura físico-psíquica), los grupos en los que viven, que dan un sentido u otro (pautado culturalmente) al hecho de consumirla y, por lo tanto, a la utilidad social que se atribuye a la droga, en fin, las expectativas culturales con que se consumen, las condiciones sociales en que se hace, las formas de obtener el producto, las dosificaciones que cada cual consume, las técnicas de uso y la calidad del producto obtenido, además de las circunstancias concretas en las que se hace y otros aspectos menos relevantes. Todo esto modifica sustancialmente los propios efectos de las drogas, tanto subjetivos como objetivos, en lo inmediato y en el mediano o largo plazo (2 p.51-60) (b). Los usos de drogas, como fenómeno universal que son, se hallan imbricados muchas veces en la autoatención, un aspecto central dentro de los procesos de salud/enfermedad/atención.

La autoatención en salud se refiere al hecho de que en todo grupo social se dan con cierta frecuencia y continuidad episodios de daños, padecimientos o enfermedades, y ante esto

surge la necesidad del individuo y su entorno inmediato de establecer acciones para resolver estos problemas. En sociedades que no tienen o no tuvieron especialistas ni instituciones específicas, éste era el único medio de atención. En cambio en las sociedades contemporáneas, progresivamente más complejas y globalizadas, la autoatención deviene el nivel primario de atención entre los microgrupos, previa a la atención primaria institucional (c).

En esta atención primaria existen aspectos preventivos y otros estrictamente asistenciales. Las acciones desplegadas en este nivel son el diagnóstico y la atención, realizados por la propia persona o grupo primario. De ahí en adelante aparecen otros niveles de atención, en algunas sociedades representados por especialistas en la atención en salud aunque no sea a tiempo completo (como, por ejemplo, chamanes o curanderos), y en otras, por algunas instituciones específicas destinadas a estos servicios (d).

De modo progresivo, los distintos tipos de especialistas se irán diversificando y agrupando en instituciones que tienen algún vínculo con la intervención sobre la salud. A diferencia de la autoatención, ellos aportan soluciones heterónomas, desde afuera. Resuelven problemas en una lógica y perspectiva profesionales, y a la vez contribuyen al control social –tanto si pensamos en las instituciones sanitarias o en instituciones sociales tradicionales, como el caso de los curadores indígenas en su propia comunidad–; pues intervenir desde afuera implica siempre una acción de control social (e).

Todo "proceso asistencial" en torno a la salud tiene aspectos de gestión (prácticas, comportamientos, actuaciones), así como aspectos ideológicos. Estos últimos se encarnan en las representaciones, los valores, en las actitudes y hasta en el conjunto de legitimaciones corporativas y modos de organización institucional que envuelven aquellas prácticas (7). En el caso de la biomedicina, hay un discurso que legitima toda la actividad profesional en el campo de la salud, el cual tiene como último referente a la ciencia (8). En el campo de los servicios sociales hay un tipo de legitimación distinto, pero siempre existe este discurso con pretensiones de científicidad, que permite que el resto de la sociedad acepte de alguna forma una intervención determinada (9).

Una intervención sociosanitaria con pretensiones de efectividad tiene que estar de acuerdo, por lo menos hasta cierto nivel, con la visión de mundo de la gente asistida. Tenemos ejemplos como la eficacia del chamán o del terapeuta que, tanto en sociedades tradicionales como en las industriales, depende en buena medida de que comparta el mismo mundo simbólico de la persona que va a asistir. Precisamente en las sociedades contemporáneas nos encontramos a menudo que la ausencia de estos "mundos compartidos" dificulta desde las relaciones médico-paciente hasta el desarrollo de los grandes programas sociosanitarios. Por eso debemos tener presente que la asistencia no es solo un asunto técnico, sino un conjunto de técnicas, rituales aplicados y complejos procesos de movilización que se emmarcan en una determinada visión del mundo con sus correspondientes sistemas normativos (f).

Es por ello que al iniciar este punto he propuesto aquella amplia definición de los usos de drogas, pues hay distintos modos de usar y significar las drogas, y esta evidencia debe ser parte de la práctica preventiva. Casi no existe sociedad en la que no haya habido usos de drogas. En el caso de nuestras sociedades contemporáneas no hace falta explayarse mucho sobre la gran cantidad y variedad de drogas, sean éstas ilegales (a las que hemos estigmatizado como "droga") o sean legales (aunque en este caso no solemos denominarlas con esta palabra...)

SOBRE PREVENCIÓN, PARTICIPACIÓN Y CULTURAS LOCALES

Así pues, la prevención, por lo menos desde el nivel de la autoatención, ha estado siempre presente en la humanidad. En casi todas las lenguas, de sociedades muy distintas y en el contexto de sus propias cosmovisiones, existe algo parecido a la frase "más vale prevenir que curar", esta sabiduría popular que afirma que, efectivamente es mejor abordar los aspectos conflictivos de la vida antes de que se compliquen y se dificulte su tratamiento.

En nuestras sociedades industriales, la prevención se forja sobre todo en el campo de la salud pública a partir de finales del siglo XIX.

Sus objetivos básicos consisten en mejorar las resistencias de las personas ante condiciones amenazantes para su salud, disminuir la virulencia del agente patógeno y modificar el contexto ambiental, creando barreras entre los factores de riesgo y la población. Esto se enmarca en un discurso sanitarista de la salud pública (11,12).

Para trabajar estos objetivos se puede actuar de dos maneras. La primera, basándose en lo que podríamos llamar la sabiduría de las instituciones, que existe pero es siempre parcial, pues está basada en discursos que requieren unas ciertas condiciones de producción: científica, legal, administrativa, etc.; y la segunda, creando diferentes vías de interlocución entre las instituciones y las opiniones y saberes de las poblaciones con las que se trabaja. Se trataría de desarrollar las intervenciones, o bien a partir del modelo prescriptivo, o del modelo participativo. El primero es aquel en que el profesional, legitimado por un saber que le confiere cierto poder social, indica lo que hay que hacer; aunque, en este caso, la población sabe por experiencia que, lo que ayer era malo, hoy puede ser sano y conveniente, y viceversa (g). Es decir, hay una serie de cambios a los que los especialistas están sometidos desde la lógica de las instituciones científicas, que no acostumbra a ser la misma, ni de las necesidades de la intervención, ni de la vida cotidiana de la gente. En definitiva, desde este modelo la población tiene que asumir lo que le dice el especialista. En el modelo participativo, en cambio, se propone incorporar el conjunto de necesidades de la población e identificar con la comunidad los problemas y criterios de abordaje (13 p.15-22). El eje del trabajo de este modelo es la educación integral a través de los canales de socialización habituales (h), desarrollando lo que se ha venido a denominar como metodologías dialógicas (14 p.175-189).

En el campo de las drogas, los métodos de comunicación utilizados dentro de uno u otro de los dos modelos mencionados son bastante distintos: tenemos por una parte el nivel de las consignas de las campañas publicitarias y los consejos emitidos por los entendidos; y por otra parte la discusión grupal que, en muy distintos contextos, va permitiendo la definición de los problemas (i). El modelo prescriptivo tiende a hacer campañas globales del tipo "drogas no" en

los grandes medios de comunicación de masas, mientras que el modelo participativo se plantea objetivos a partir de problemas más concretos detectados en sectores específicos de la población.

Así pues, en el campo de las drogodependencias, el modelo participativo redefine la prevención como el conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir, de forma razonable, la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas. No se trata aquí del planteamiento dicotómico del tipo bueno-malo, blanco-negro, drogas no - drogas sí, propiciado por el "prohibicionismo". Lo que se plantea en este caso es un enfoque más realista y profesional, centrado en la posibilidad de solucionar algunos aspectos o de contrarrestar los efectos más dañinos derivados de ciertos consumos de drogas. Esto lleva a plantear la diversificación de criterios y considerar las políticas de reducción del daño (15,16) (j).

Desde un punto de vista técnico, superada ya aquella división en distintos niveles de prevención, tradicionalmente categorizados como primaria (cuando todavía no hay consumos), secundaria (cuando hay un cierto consumo que aún se puede contener) y terciaria (cuando realmente hay gente con problemas de drogas), actualmente hay un cierto consenso en desarrollar un marco conceptual más complejo en el que se señalan cuatro elementos básicos: el control, la influencia, el diseño ambiental y el desarrollo de las competencias. Más allá de que este enfoque se puede aplicar a muchos otros ámbitos que no son el de las drogas, una característica de estos elementos es que se pueden aplicar en distintos momentos de los procesos en los que se encuentra la población en relación al consumo de drogas, lo que implicaría una cierta capacidad de control en algunos de sus aspectos significativos (17 p.241-326, 18 p.44-85).

Y aquí llegamos a lo que sería el aspecto central de este escrito: plantear el control en relación a la capacidad de influencia y al desarrollo de competencias requiere de mecanismos informales de control, que van muy ligados a la cultura del grupo. Requiere, también, la capacidad de estos grupos de asumir un cierto nivel de autocontrol, pero al mismo tiempo implica alguna normatividad del grupo sobre el individuo y su relación con los consumos (de drogas

y de otras cosas). Para que funcione, este tipo de prevención debe tener su punto de partida en la cultura y el conocimiento o, como han dicho algunos antropólogos, en los mundos locales de significados. Se trata de trabajar con la microcultura del grupo desde un modelo participativo, lo que implica ver las posibles vías de prevención en base a sus intereses (k). Si se hace así, hay muchas más posibilidades de: 1) acertar en los objetivos que se quieren conseguir, pues se evitan los utopismos fabricados desde oficinas, más que de sabios, de burócratas del control de drogas; y 2) que estos objetivos realmente se consigan, ya que tienen que ver con la vida de la gente (2 p.178-180, 21,22).

REDUCCIÓN DEL DAÑO Y PREVENCIÓN: ALGUNAS EXPERIENCIAS

El absoluto fracaso de las campañas más habituales en el mundo entero hasta muy recientemente, tipo "drogas no" o "un mundo sin drogas para el 2008", en términos de sus objetivos explícitos, debería hacer reflexionar a más de uno sobre la dilapidación de recursos públicos que supone el plantearse objetivos irrealizables y programas preventivos mal formulados. Nos referimos al hecho de que, en relación a los problemas surgidos en torno a ciertos usos de algunas drogas, una gran mayoría de países del mundo, presionados básicamente por los Estados Unidos desde inicios del siglo XX, acabaron firmando el Convenio Único de Estupefacientes de 1961, en Viena, y una serie de convenios internacionales subsiguientes, que configuran la política que denominamos como "prohibicionista" (23-25). El discurso que emana de esta política considera "droga" solo a algunos de los productos psicoactivos existentes, a los que fiscalizan las agencias internacionales, convirtiendo su comercio y su uso en un delito y a sus usuarios en delincuentes o, en todo caso, en "enfermos bajo prescripción penal", cuya única posible salida es la abstención total del consumo de la droga de la que se trate. El objetivo básico de dicha política sería la pretensión de eliminar la droga de la faz de la tierra –cosa a la que se le llegó a poner fecha (2008) en la Conferencia Especial de Naciones Unidas

sobre el tema en 1998-, y de proteger la salud pública. En la misma Conferencia se rechazó una propuesta de México de evaluar dichas políticas..., resultaba demasiado evidente el contraste entre la persistencia en los mismos objetivos prohibicionistas año tras año, con sus presupuestos cada vez más millonarios dedicados fundamentalmente a la represión (policial y/o militar), y los datos ofrecidos por los propios organismos oficiales, de aumento del consumo global de drogas (a pesar de las oscilaciones de una u otra) y de problemas sociosanitarios asociados (26-28) (l).

Éste sería un ejemplo de lo que la experiencia y la evidencia nos muestra que no se debe realizar, si consideramos a la preventión en los términos presentados en el punto anterior, y nos tomamos en serio la posibilidad de desarrollar políticas y programas preventivos específicos. La conciencia de que esto era posible fue surgiendo, sobre todo a nivel local (de municipios y/o pequeñas regiones) cuando sus profesionales en drogas y gestores políticos se vieron en la necesidad de obviar los aspectos más restrictivos de las leyes sobre drogas para poder solucionar, precisamente, algunos problemas reales –sociosanitarios y/o de seguridad pública–, relacionados con las mismas, muchos de ellos creados por las políticas prohibicionistas (m): nos referimos evidentemente, a mediados de los años '80 del pasado siglo, cuando la alarma creada en torno a la expansión del VIH-Sida permitió/obligó a plantear estas alternativas que se formularon finalmente como políticas de reducción de daños y riesgos. En Europa, esto se produjo inicialmente en Ámsterdam y Rotterdam hacia la primera mitad de los años '80, a través de los *Junkiebond*, asociación de usuarios de opiáceos, y con la política sanitaria de la región del Merseyside (Liverpool, Inglaterra) (33 p.17-22, 34). En ambos casos, la iniciativa y la participación de los usuarios de drogas, así como su aceptación como interlocutores válidos por las instituciones, son datos cruciales.

Según Nieva et al. (35 p.26-27) los programas encuadrados en estas políticas se definen como "el conjunto de estrategias, tanto individuales como colectivas, que se desarrollan en el ámbito social, sanitario y terapéutico encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas" y sus objetivos generales serían:

- Fomentar el desarrollo de una política sanitaria y social con una red de asistencia para los drogodependientes adaptada a sus necesidades y demandas y, consecuentemente, aumentar su posibilidad de acceso al sistema sociosanitario.
- Crear recursos de ayuda para los drogodependientes que, por las circunstancias que sean, no están en condiciones de iniciar un tratamiento relativo a su adicción.
- Ayudar en la aceptación de las drogodependencias como una realidad que, por el momento, no dejará de existir, e impulsar un conjunto de ayudas sociales que mitiguen la marginalidad y la consecuente exclusión social.

De algún modo, en Europa se "aceptó oficialmente" la necesidad de esta política (por lo menos a nivel discursivo, siempre distinto del de las prácticas) en la declaración del Consejo de Ministros de Salud de la Comunidad Europea del 16 de mayo de 1989:

Las políticas de acción para resolver los problemas que resultan del consumo de drogas deberían revisar su objetivo final –abandono del consumo– y considerar objetivos intermedios la disminución de la mortalidad, disminución del riesgo de infección por VIH u otros agentes infecciosos, reducción de la marginalidad, etc., como aspectos esenciales que hay que atender. (35 p.26)

Los programas en los que se va concretando esta perspectiva pueden ser muchos y variados (intercambio de jeringuillas, dispensación clínica de metadona u otras drogas –en algunos casos, la misma heroína– en programas de sustitución y/o mantenimiento, instalación de centros de encuentro y acogida de "baja exigencia" –donde los usuarios activos pueden acudir a diversos servicios, entre ellos los de comer, lavarse, charlar un rato, etc.–, salas de venopunción higiénica –malconocidas como "narcosalas"–, creación de asociaciones de usuarios, comités de apoyo de familiares, profesionales, programas de testado de sustancias en las fiestas, programas de información-educación-comunicación sobre las características de ciertas drogas y sus condiciones de uso, etc.), pero en todos ellos hay una característica común: el reconocimiento del usuario de

drogas como un ciudadano como los demás (sin cuestionar su derecho a seguir consumiendo) que se sitúa como un *partner* central en estos programas. Más allá de que, nos guste o no, es evidente que esto choca con el paradigma prohibicionista, creemos interesante subrayar que las metodologías participativas que están en su base y las actividades de control e influencia, de diseño ambiental y de desarrollo de las competencias que muchas veces implican nos señalan los efectos preventivos de muchos aspectos de estos programas.

En realidad, esta prevención participativa y dialógica desarrollada bajo la perspectiva de la reducción de daños y riesgos, se ha intentado practicar, con sus más y sus menos, en distintos programas e intervenciones a lo largo de Europa, América y Australia, fundamentalmente, aunque, teniendo en cuenta el público preferente de esta revista (y el espacio disponible) vamos a centrarnos solo en algunos casos significativos del ámbito iberoamericano (n).

El ámbito latinoamericano, más en concreto, ha sido un contexto difícil para el desarrollo de programas preventivos en la línea de la reducción del daño, entre otras cosas por la influencia directa de las políticas hegemónicas estrictamente ortodoxas de EE.UU., así que vale la pena destacar algunos proyectos, por lo menos en tres países significativos: en México, la línea de trabajo desarrollada por el Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas (CAFAC) (38) para potenciar políticas de drogas alternativas a las más hegemónicas y, dentro de ella, algún proyecto concreto (39,40), que demuestra la consistencia de estas "otras políticas" no solo para la salud, sino para la seguridad en general; en Argentina donde, además de un notable espacio de producción teórica en torno a la reducción del daño (41-44), podemos señalar la existencia de dos organizaciones –Intercambios y la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA)– que han sabido impulsar este tipo de políticas, bien a través de la movilización de la sociedad civil y de las instituciones políticas, o bien con la formación de profesionales y otras iniciativas semejantes; y en Brasil, donde también hay ya una buena producción sobre el tema (45-48), nos encontramos con una situación un tanto paradójica: apoyo oficial a

este tipo de políticas –sobre todo desde la celebración de la 9^a Conferencia de la International Harm Reduction Association (IHRA) en 1998–, reconocimiento institucional de la figura del "reductor de daños", existencia de asociaciones relacionadas con el tema –Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA), Rede Nacional de Redução de Danos (REDUC)–, pero problemas para la financiación de programas de reducción de daños (o), a pesar de experiencias tan interesantes como las de Salvador de Bahía u otras de distintos lugares del país (p) (49,50).

Dentro del mundo iberoamericano, pero ya "al otro lado del charco", hay que destacar el potente foco de teoría y prácticas de reducción del daño que para Portugal representa el grupo de la Universidad de Porto liderado por Luis Fernandes (q); y por lo que se refiere al ámbito que mejor conozco, es decir, a España, señalaré también la positiva presencia de este tipo de prevención durante los últimos años (desde inicios de los años '90 hasta la actualidad), aunque sea de forma bastante localizada, y con una sistematización que no deja de ser precaria a pesar de su significatividad. Por un lado, podemos considerar la influencia que los programas de reducción del daño han tenido en el abatimiento de la mortalidad por opiáceos, así como de las morbilidades asociadas al consumo de drogas por vía parenteral, como son las tasas de prevalencia del VIH-Sida, de distintos tipos de hepatitis, de candidiasis y otras, que en España habían sido altas en relación con la media europea, y que han descendido de una manera significativa a partir de la primera mitad de los años '90, es decir, cuando se empezó a generalizar la aplicación de programas de reducción del daño entre este tipo de consumidores y se les dio continuidad, a pesar de los cambios políticos, hasta la actualidad (r). No estoy afirmando que el abatimiento de todos estos indicadores se deba sólo a los programas de reducción del daño, pero sí que éstos, al sistematizarse mínimamente, tuvieron una influencia significativa en la persistencia de estas tendencias. De hecho, el contexto de su instauración coincidió con las valoraciones informales y experienciales de los peligros de la heroína que se dieron, a nivel microsocial, en aquellos nodos poblacionales que en la década del '80 habían sido más duramente castigados

por la "crisis de la heroína", tal como muestran algunos estudios antropológicos (s). Las ganancias que esto ha significado en términos de salud pública son evidentes, y si lo planteo en un análisis sobre prevención es porque de aquí se pueden sacar unas claras lecciones, no solo en términos de programas de tratamiento, sino en términos de lo que planteábamos antes, es decir, de formulación de objetivos realistas y a través de programas en los que la participación de los propios afectados ha sido crucial.

Como hemos visto, las políticas de reducción de daños y riesgos, desde sus orígenes, han tenido como una de sus características principales, la de la participación de los usuarios en la gestión de sus propios problemas; fue su reconocimiento como interlocutores válidos en la discusión de las políticas públicas que afectan a las drogas lo que permitió el desarrollo de este tipo de políticas que, obviando los grandes discursos moralistas, se centraron en unos objetivos muy concretos que, en gran parte, se lograron: fueron, principalmente, el abatimiento significativo de la mortalidad y la contención, también significativa, de las morbilidades relacionadas con el VIH-Sida y otras infecciones. Pero no solo eso: darle un lugar al usuario y a sus familiares, visibilizarlo socialmente como sujeto activo (y no como mero apéndice de las instituciones profesionales, donde poco tenía que decidir) al lado de los profesionales, les ha permitido, a los sectores más marginalizados, más "de la calle" en relación a sus carreras toxicómanas, recuperar una cosa tan intangible, a veces, como básica en la vida de las personas, que es la dignidad. La combinación de medidas que se pueden ofrecer, por ejemplo, en torno al establecimiento de centros de acogida de "baja exigencia" (intercambio de jeringuillas, acceso a preservativos, a curas inmediatas, a ducharse, lavar la ropa y comer algo, a hablar –con profesionales o con pares– en un contexto tranquilo, etc.) redundan en una mejora de la calidad de vida del sujeto –además de en un descenso de la conflictividad callejera– en la que la recuperación de la autoestima es un elemento clave, tanto para vivir en mejores condiciones la vida que viven, como para basar en ella posibles vías de salida a su situación (t).

Pero por otro lado, también en otros tipos de usuarios, la perspectiva de la reducción de daños y riesgos ha logrado resultados interesantes y puede ser útil, por lo tanto, para aplicarla a la prevención: me refiero a los programas de intervención que se han hecho en medios de ocio juvenil. Para abordar la prevención entre jóvenes en contextos de normalidad (y el ocio es un segmento cada vez más importante de la normalidad en la vida cotidiana de los jóvenes), sean usuarios o no de drogas, este tipo de intervenciones suelen partir de unas premisas que creo se podrían expresar de la siguiente manera (u):

- a) *El reconocimiento de que la gente joven se ve atraída por las drogas y va a experimentar con ellas pese a la prohibición.* Este es un dato de la realidad soslayado por la política dominante en materia de prevención del consumo de drogas. Los adultos consumen drogas más ligadas a la cultura hegemónica, pero en los jóvenes hay un tipo de consumo asociado precisamente a la contraidentificación con los adultos, por lo que el halo de la prohibición en torno a ciertas sustancias hace que éstas resulten mucho más atractivas, precisamente en un momento tan delicado de la vida como es la adolescencia; para que se me entienda, creo que en la actualidad no se trataría tanto de una cuestión de rebeldía como "de lo que hacemos los jóvenes normalmente entre nosotros, lejos de los viejos". Y a nivel social, el consumo de drogas por estos jóvenes está tan insertado en el mercado global como el de los adultos.
- b) *Hacer circular y discutir la información objetiva tanto sobre los efectos deseados como no deseados de las sustancias.* Efectivamente, una persona, –sea o no joven, aunque ahora estamos hablando de ellos/as– puede ir a buscar en la sustancia determinadas efectos, pero en el camino se encuentra con otros que no esperaba. Por ejemplo, puede recurrir al éxtasis para bailar toda la noche, pero luego padece accesos de sudor y náusea no previstos. Por lo mismo, estos temas deben tratarse de forma clara y directa.
- c) *Fomentar el conocimiento de los distintos aspectos relacionados con las drogas, tanto en el individuo como en su entorno.* Sabemos que la información por sí sola no lleva a ninguna

parte porque, en realidad, no existe, siempre va teñida de unas u otras orientaciones de valores, que es mucho mejor explicitar si queremos tener una cierta credibilidad. No hablo, pues, de la supuesta "información sobre drogas", clara o sutilmente moralizante a la que nos tienen acostumbrados muchas campañas "anti-droga" que, como ya se ha dicho, resulta inútil, a la postre. Hablo de aquellos datos más contrastados empíricamente provenientes de distintos ámbitos, desde el laboratorio y la clínica, hasta los tan variados de tipo comunitario, doméstico, callejero, etc., de todos los cuales obtendremos conocimiento de los distintos aspectos, tanto positivos como negativos, de los usos de drogas. Una información de calidad, en este sentido, no acostumbra a ser suficiente, pero sí es absolutamente necesaria.

d) *Aplicar las medidas técnicas, teniendo en cuenta que solo funcionan cuando realmente se ubican en el mundo de los grupos correspondientes, y que son necesarias en efectos como el pánico, las náuseas, la sobredosis y, en definitiva, en distintos momentos de los procesos más o menos intensos de consumo.* Una vez más cabe señalar que la prevención en el campo de las drogas seguramente será mucho más útil si se centra en la capacidad de lograr que la gente maneje los usos sin llegar a lo que conocemos como adicción, que si pretende utópicas abstenciones totales como norma general.

Lo interesante de este tipo de programas es que sus resultados pueden ser útiles tanto para poblaciones consumidoras como no consumidoras. Aunque hay un equívoco previo a aclarar: muchas veces, desde el desconocimiento de lo que significa realmente la reducción de daños y riesgos, se piensa que este tipo de programas son solo para consumidores, cosa que piensa también una parte de los jóvenes que, como no se identifican como consumidores, creen que lo que allí se les plantea no va con ellos. Sea como fuere, lo cierto es que los efectos de un programa de reducción de daños serán distintos según si la persona que se involucra en él es o no consumidora y, en este segundo caso, según las pautas de consumo que tenga. Así se desprende de un estudio de evaluación de las políticas y programas de salud pública en reducción de

daños realizados en Cataluña, donde leemos que los efectos más relevantes sobre la población consumidora consultada son que:

- Produce una reflexión sobre la gestión del consumo
- Despierta la conciencia de salud
- Produce una moderación en la intensidad y frecuencia del consumo
- Da herramientas y recursos para defender pautas de consumo responsable.

Mientras que el que se manifiesta en la población no consumidora es que:

- "Provee de recursos argumentales para defender y consolidar la decisión de no consumir." (60 p.14)

Ni qué decir que este último punto es importante para el tema que estamos discutiendo, ya que pone de relieve la capacidad que tienen las informaciones vehiculizadas a través de programas de reducción del daño para ampliar y consolidar las posibilidades de prevención primaria en personas no consumidoras, tal como ya mostraron en un estudio evaluativo anterior Benschop, Raves y Korf (61).

En definitiva, estamos ante unos enfoques que tampoco son tan nuevos, pues traducen, por un lado, la máxima de la medicina clásica de "*primum, non nocere*"; y por otro lado, el modelo participativo que implican tiene precedentes en otros terrenos sociales y sanitarios, así que su análisis contrastado podría contribuir a orientar intervenciones que fortalezcan el protagonismo de las propias poblaciones en la resolución de sus problemas (62,63): se trate de las diversas experiencias de investigación-acción en Latinoamérica o de las de participación comunitaria en salud en Europa, queda claro que la salud de las poblaciones está mucho más relacionada con su poder, su capacidad de decisión (*empowerment*), o sea, con cuestiones sociopolíticas, que solo con desarrollos técnicos (64). Lo que llama la atención sobre los efectos socialmente perversos de la política prohibicionista en el campo de las drogas es que haya sido –y todavía sea– tan difícil poner en práctica dichos enfoques en este terreno en particular.

REDUCCIÓN DEL DAÑO, PARTICIPACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Así pues, disponemos ya de las suficientes evidencias de la eficacia de estas perspectivas basadas en gran parte en la participación de los propios interesados como para pensar que las mismas se tienen que extender a otros aspectos problemáticos relacionados con las drogas, si queremos garantizar un mínimo de eficacia en sus procesos de resolución.

Hemos hablado ya de los dos grandes núcleos conflictivos de usuarios de drogas para la salud pública: los consumidores endovenosos, en general adultos jóvenes en situación de marginalidad; y los adolescentes y jóvenes plenamente insertados en la normalidad social, una de cuyas actividades resultantes de ésta es precisamente el consumo de drogas en contextos de ocio. Hemos visto cómo la participación de unos y otros en el desarrollo de programas de reducción del daño ha tenido unos efectos positivos que van más allá de programas específicos, afectando a perspectivas teóricas y metodologías de trabajo que redundan en un mayor fortalecimiento de distintos tipos de prevención.

Pero si la gran novedad en las políticas de drogas de los años '90 fue la incorporación de los usuarios en los procesos de resolución de algunos de sus principales problemas de salud, creo que ahora debemos ir más allá o, mejor dicho, se está ampliando ya esta perspectiva a otros sectores. Uno de ellos, aunque pueda parecer obvio, es el de los profesionales. Se podrá argumentar que ellos han sido siempre el eje sobre el que han pivotado las políticas de drogas, pero podemos poner en duda tal protagonismo si tenemos en cuenta que muchos de ellos se han formado bajo un único paradigma, el de la prohibición y el abstencionismo, y que cuando a partir de su práctica cotidiana han visto que esto les fallaba, no han encontrado fácilmente recursos que posibilitaran la búsqueda de caminos alternativos. Es precisamente una parte significativa de estos profesionales, que deben resolver los problemas en el día a día, los que han puesto en duda el abstencionismo como paradigma único y han permitido avanzar en las perspectivas antes citadas. Pero las condiciones de trabajo en

primera línea de fuego no siempre permiten una reflexión sistemática sobre lo que se está haciendo. Creo que hay obligación de devolver a estos profesionales parte de sus esfuerzos con la creación de herramientas que les permitan esta sistematización, que acabará redundando en una mejora de su trabajo. Herramientas de base cualitativa, que les permitan a ellos su manejo a nivel local, y que desde aquí les darán la seguridad para seguir trabajando con orientaciones cada vez más contrastadas, lo cual les permitirá también –y es a lo que íbamos– una participación mucho más decisiva en los foros en los que se discutan y, en su caso, decidan, las políticas sobre drogas. De hecho, tenemos ya algunas interesantes experiencias al respecto que nos indican que ésta es una vía a profundizar (v).

Hay otro ámbito que, por lo menos en España, está adquiriendo una importancia progresiva en relación a las intervenciones institucionales en el campo de las drogas, y es el de la reacción social de distintos sectores ciudadanos contra algunas de estas intervenciones. En un estudio que realizamos sobre las representaciones sociales de los problemas relacionados con las drogas en España bajo la dirección de Eusebio Megías (3), replicado posteriormente (67), hay dos elementos clave al respecto: por un lado, el hecho de que lo que más ha crecido en la población española respecto a la imagen que tiene de los usuarios de drogas es la visión que traduce distanciamiento o indiferencia, y por otro lado lo que denotan las reacciones negativas ante ciertas situaciones, como vivir en un barrio con malos servicios y equipamientos, en uno de prostitución (w), o en una zona de copas.

Es como si hubiera habido un aumento en la exigencia de la calidad de vida, un incremento de la exigencia del estado del bienestar, traducidos en una clara mayor intolerancia hacia las situaciones que pueden suponer una amenaza para este bienestar. (67 p.297-298)

La ambigüedad de la situación de las drogas y las contradictorias percepciones que sobre ellas existen en una sociedad como la nuestra, basada en una economía de mercado con débil control político, serían el marco general en el que se produciría la combinación de indiferencia ahora citada y cierta forma de

entender la exigencia de calidad de vida, que a veces parece más la de un cliente que la de un ciudadano, con sus derechos y deberes. Todo ello sería muy congruente con la deriva que han ido tomando, tanto en el conjunto de España como en Cataluña en particular, un conjunto de plataformas ciudadanas creadas, en una primera fase histórica, como reacción social contra instalaciones contaminantes para los vecinos que las van a tener en su entorno, como centrales energéticas, nucleares, basureros, aeropuertos, grandes líneas de ferrocarril o de transporte de energía eléctrica; y que más tarde, en una segunda fase, se dirigieron contra dispositivos de atención social como cárceles, centros de drogas o incluso hospitales, llegando a constituir un fenómeno social conocido con el acrónimo "NIMBY" (x).

Características básicas de este fenómeno serían la oposición entre intereses locales e intereses generales, el gran impacto mediático que suelen tener sus acciones y el hecho de que todos los participantes en el conflicto reconocen la necesidad de la existencia de dichos dispositivos, ya que hay un consenso básico con relación a ello, pero donde no lo hay es respecto al sitio donde se ha decidido ubicarlos, pues las plataformas que se crean contra ellos no los quieren "en la puerta de su casa" (y).

Para explicarnos la existencia de este tipo de movimientos, además del marco general ahora esbozado, tenemos que acudir al elemento de la participación. En la mayoría de los conflictos, una de las debilidades del proceso han sido las metodologías de gestión de las administraciones. De una forma u otra, solemos encontrar intentos de imposición de la instalación del dispositivo del que se trate sin unos procesos previos de participación de los vecinos que se van a ver afectados, de explicación del sentido, alcance y posibles consecuencias reales de la instalación, de previsión y control de las posibles consecuencias no deseadas, en fin, sin unas negociaciones con ellos de las condiciones en que el dispositivo se insertará en el barrio y sobre las posibles contrapartidas que ello puede suponer. Si todo ello ocurre, además, en un contexto político en el cual el discurso de la participación ciudadana es un elemento central, hay que entender las reacciones negativas, no solo de los sectores que siempre aprovecharán una situación como ésta para enmarañar la situación movilizando a parte de

la población a partir de sentimientos muy primarios (cosa que, dicha sea de paso, debemos poner en el haber del discurso estigmatizante sobre "la droga" que algunos se empeñan en mantener), sino también de sectores vecinales con los que se podrían haber aliado las administraciones en iniciativas como éstas. Es muy importante, pues, disponer, no solo de la voluntad política de la participación, sino también de las herramientas para hacerla posible en cada campo específico de intervención de las administraciones públicas, como es el caso de las drogas; y algo de ello tenemos ya, aunque a veces algunos parecen olvidarlo (z).

Otra de las metodologías ya utilizadas también en España –más en concreto, en Cataluña y en el País Vasco, a principios de los 2000 (73)– es el de la organización de Conferencias de Consenso, validadas también en otros contextos (74), así como las conferencias internacionales, que permiten fortalecer redes y consensos sobre el tema: se trata de incorporar la discusión sobre las políticas de reducción de daños y riesgos a un ámbito progresivamente más amplio de participantes, es decir, no sólo a los profesionales de drogas y los gestores políticos, sino también los usuarios, los familiares, los vecinos, etc., dando así el marco participativo para la elaboración de un conocimiento teórico y práctico que puede ser de gran utilidad en la aplicación de las políticas subsiguientes (aa).

En realidad, de lo que se trata, creo yo, es de asegurar que las políticas públicas, entre las que se encuentran las de salud y drogas, que no se pueden disociar de las otras (empleo, vivienda, inserción juvenil, asistencia, etc.), se puedan elaborar y aplicar con un cierto rigor y eficacia. Rigor basado en la discusión de las experiencias contrastadas desde los distintos ángulos involucrados en el problema, y eficacia basada en un consenso que permita pensar que la aplicación de lo que se haya decidido será realizable a través de metodologías compartidas.

LA NECESARIA "NORMALIZACIÓN" DE LAS DROGAS

Todo lo que he planteado hasta aquí necesita de un marco razonable que lo facilite. Si

hablamos de la necesidad de la participación para la prevención, debemos hablar también de un marco en el que las representaciones sociales sobre el fenómeno, que son un aspecto central del mismo, sean más homólogas con lo que realmente ocurre a nivel de las prácticas, es decir, que no sean tan sesgadas ideológicamente como en la actualidad. Un cambio de orientación, en este sentido, de las representaciones sociales hegemónicas sobre las drogas, posibilitaría de manera más profunda y coherente un tipo de prevención como el aquí expuesto. Es decir, no como el intento de imposición de una ideología determinada sobre el conjunto de la sociedad a través de la cuestión de las drogas, sino como la búsqueda de mayores cotas de bienestar para la mayoría de la población, en este caso a través de una gestión de los usos de drogas que disminuyera significativamente su posible conflictividad, personal y social (desde las familias campesinas pobres de los países del Sur, último eslabón de la cadena de explotación de unos negocios ilícitos, hasta la "yonqui de la calle" o los/as adolescentes atrapados en las redes del mercado como única alternativa a un incierto futuro). Ello implica aceptar plenamente la pluralidad sociocultural existente en nuestro mundo para trabajar a partir de ella; pero enfrentamos circunstancias arbitrarias, en las que un consumidor de alcohol está sometido a controles muy distintos (cuando lo está) a uno de drogas ilegales, que por simple posesión puede ser sometido a prisión. En tal escenario el margen de discusión, y por ende de negociación, así como la credibilidad de muchos discursos, se vuelve muy estrecho.

Estas son las circunstancias, ciertamente, en las que ya se ha empezado a hacer prevención, tal como hemos mostrado en la exposición, pero generalmente a costa de grandes esfuerzos y energías y con resultados a veces limitados, contradictorios, cuando no cortocircuitados desde ciertas instancias políticas e institucionales, cuando lo que se requiere, en realidad, además de conocimiento y recursos, es un marco de desestigmatización de "la droga" (con su despenalización, como un paso clave de la misma) y, en definitiva, la "normalización de las drogas", en el sentido de considerarlas como un elemento más de nuestra vida social y, por lo tanto, manejable por parte de los diversos implicados, a diferencia

de lo que ha prevalecido hasta ahora en que una visión tremenda del asunto ha bloqueado las capacidades personales y colectivas de muchos de ellos, y ha favorecido, al mismo tiempo, la trivialización de algunas de sus consecuencias, tanto en el caso de algunas drogas legales como ilegales (75). Las drogas, nos guste o no, van a continuar estando aquí, y soy de la opinión que es mejor conocerlas y controlarlas a partir de los intereses generales de la sociedad, es decir, de forma democrática y participativa, que continuar con el actual "descontrol salvaje" propiciado por la prohibición, que sólo beneficia a unas minorías y resulta, además de inútil para los fines propuestos, contraproducente para la salud pública de las poblaciones y la salud democrática de las sociedades.

REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS: APUNTES TEÓRICOS FINALES

Para finalizar, unos últimos apuntes teóricos acerca del concepto de reducción del daño y metodologías asociadas. Por un lado, como hemos visto en los puntos anteriores, un elemento crucial en el desarrollo de las políticas de reducción de daños y riesgos ha sido el desarrollo de enfoques y metodologías que se han sistematizado a partir de diversas fuentes, pero en las que un elemento teórico-metodológico fundamental han sido los aportes de la antropología social y de la antropología médica (sobre todo, de sus corrientes críticas), en muy diversos aspectos: valoración de lo local en relación a lo macrosocial, valoración del contexto para entender los fenómenos analizados, valoración de las relaciones de poder en las políticas públicas, importancia de los rituales –así como de los discursos y las imágenes culturales– para entender los usos de drogas, utilización de la etnografía y, más en general, de metodologías cualitativas y dialógicas, tanto para comprender como para intervenir en problemas relacionados con usos de drogas, etc., (22,76,77).

Por otro lado, y también desde la perspectiva de la antropología médica, hay un conocido artículo de Nicter (78), en el que este autor plantea la reducción del daño como una estrategia

que pretende dotar a los individuos de cierto control sobre sus propias vidas, a partir de la percepción que tienen sobre los riesgos y la vulnerabilidad en que se desarrollan. Pero este control se traduciría, desde una perspectiva de economía política, en una cierta manipulación del mercado, omnipresente en la sociedad liberal, que ofrecería los productos adecuados para conseguir esta reducción del daño, lo cual muestra discutiendo algunos casos de sociedades asiáticas y, sobre todo, de Estados Unidos.

Si aplicáramos su perspectiva a la sociedad española, o a algunos aspectos de la misma relacionados con la percepción de los riesgos y vulnerabilidades que, desde muy distintos ángulos y temáticas, pueden afectar a diferentes sectores de su población, seguramente podríamos llegar a conclusiones bastante similares. Pero, en cambio, por lo que he ido planteando hasta aquí, no parece que esta perspectiva liberal haya predominado en España, por lo menos en las políticas de drogas. Quizás sí en el tema del tabaco se podrían parangonar algunos aspectos de la situación española a la que él describe en su artículo, pero no creo que mucho más. ¿Ocurre esto, simplemente, porque aquí las políticas sociales son más progresistas? No nos olvidemos que, durante una gran parte del período histórico analizado, gobernó en España una derecha bastante dura, con políticas neoliberales clarísimas; ni que la izquierda gobernante (la anterior a 1996, y la posterior a 2004) parece estar mucho más cerca de un modelo social-liberal que de un modelo de socialdemocracia. ¿Entonces?...

Creo que habrá que afirmar una vez más aquello de que "no hay mal que por bien no venga": en el caso de las drogas, la perspectiva de la reducción del daño se puso en marcha –como ocurrió en general en toda Europa, Australia y ciertas zonas de EE.UU. (33)– a partir de la aparición de la morbilidad asociada al VIH-Sida, que afectaba a sectores numéricamente pequeños de la población, pero con unas prácticas y unas imágenes culturales con una gran repercusión social, por lo que se percibieron como especialmente necesitados de protección social y de soluciones efectivas. Creo que fueron principalmente estos factores los que, hasta ahora –e insisto, en las políticas de drogas– han permitido que predominen intervenciones e iniciativas

sociales de tipo más colectivo que individualista o, si quieren, y admitiendo todas las contradicciones en el uso de esos conceptos para referirme a las políticas de drogas españolas, de orientación más socialdemócrata que estrictamente liberal.

Pero ello no cierra la cuestión, ya que las políticas de reducción del daño van más allá de las drogas, pues forman parte de una orientación emergente de gestión del conflicto que se puede aplicar a muchos otros sectores de nuestras sociedades, recordemos, definidas actualmente en gran medida a partir del papel que en ellas juega el riesgo (cc). Orientación, basada en "técnicas de gestión" que, según aquellos elementos que se prioricen, puede concretarse en políticas tendientes a consolidar la sociedad neoliberal en la que han surgido, o puede significar un cuestionamiento de la misma, precisamente porque se trabaja a partir de "nodos de conflictividad" íntimamente ligados a la naturaleza desigual de esta misma sociedad. Finalizaré, pues, con una reflexión que hice hace ya unos años, al terminar un artículo sobre este tema, que aquí solo he podido esbozar:

Creo, por lo tanto, que las políticas de reducción de daños, dentro del contexto de las estrategias de control social centradas en la gestión del conflicto, constituyen tanto un reto como una posibilidad. No estamos hablando solo de la renovación de prácticas y culturas profesionales (aunque las incluye), sino también de la oportunidad de contribuir al debate ideológico y político –tanto a nivel de las prácticas sociales más cotidianas, como de las más macro– acerca de qué tipo de control social queremos impulsar: si nos conformamos con la "lógica de la contención" que tenderá, finalmente, a la reproducción del actual sistema social; o si decidimos aprovechar la ocasión e intervenir en esta transformación de las estrategias de control social para orientarlo hacia otro tipo de mundo un poco más vivible para todos sus habitantes. (82 p.448)

NOTAS FINALES

- a. Este texto está basado en la ponencia presentada en el IX Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación: "Hacia una nueva prevención", organizado por la Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencias (RIOD), en Cartagena de Indias (Colombia), 23-27 julio 2007.
- b. Sobre el rol central de las representaciones sociales en la configuración del fenómeno drogas ver Megías et al. (3 p.13-35).
- c. Para el desarrollo del Modelo de Autoatención, ver Menéndez (4 p. 89-95).
- d. Para tener una idea global de la producción socioantropológica sobre autoatención en salud, resulta muy útil acudir a la revisión de Haro (5).
- e. Sobre el control social y sus relaciones con las drogas, ver Comas D, Romaní O, (6).
- f. Ver el clásico estudio de Lévi-Strauss (10) sobre los cora de Panamá.
- g. Los casos del consumo de azúcar o de pescado azul en España serían un ejemplo entre muchos: hace unos treinta años, y a través de campañas institucionales, se nos cantaban las excelencias del primer producto y el segundo no estaba especialmente recomendado; desde hace unos cuantos años hacia acá, las tornas han cambiado, y desde los ministerios y direcciones generales correspondientes, mientras se recomiendan restricciones al consumo de azúcar, se postula vivamente el consumo de pescado azul.
- h. Hablamos de educación en el sentido del avance conjunto del grupo con el especialista en la adquisición de conocimientos y habilidades que les permitan enfrentar el problema planteado.
- i. El tema de las campañas ha sido muy discutido, incluso por algunos de los que más las han practicado: en un seminario sobre el tema en el que participé hace ya unos años, en una conocida fundación de ayuda contra la drogadicción, se aceptaba mayoritariamente que la utilidad de las campañas masivas radicaba, sobre todo, en identificar a la institución que las realiza. Así, consideraban que ésta estaba en mejor posición para luego proceder a trabajos más específicos, y por lo tanto más eficaces, con poblaciones diana más concretas como médicos, educadores, familiares, usuarios, etc.
- j. En el próximo apartado definimos los conceptos de prohibicionismo y Reducción del Daño.
- k. Un buen planteamiento de la cuestión, referido a la salud en general, puede encontrarse en Bartoli (19). Y cuando hablamos de intereses, no se pueden olvidar los referidos al género, bastante invisibilizados hasta hace pocos años (20).
- l. Expertos independientes en control de drogas (como el Transnacional Institute, que se destaca por la rigurosidad de sus textos) critican que estos últimos años la ONUDD ha querido "maquillar" reiteradamente sus mismos datos, quizás para hacer una interpretación más acorde con un discurso más "humanista" de su último director (29). De todos modos, y desde un análisis político, este fracaso quizás no es tal si consideramos que el sistema mundial de control de drogas ha acabado funcionando como un sistema "hard" de control social muy coherente con el mundo "globalizado" en el que se desarrolla (30).
- m. Como la estigmatización, que hace muy difícil la autorresponsabilización de los usuarios y su inserción en redes normalizadas; la clandestinidad que promueve el mercado negro, la adulteración de los productos, sus usos en condiciones poco higiénicas y con técnicas riesgosas, como la endovenosa; la exacerbación de la represión sobre los "drogadictos" y los consecuentes problemas de "guetización" de ciertos barrios urbanos, etc., (31,32).
- n. Para la evaluación internacional de unos de los programas más ligados a la reducción del daño, como son los programas de intercambio de jeringuillas, ver Wodak y Cooney (36), y sobre los problemas suscitados por este mismo tipo de programas en otras dos grandes zonas del mundo, ver Aceijas et al. (37).
- o. Resaltamos el contraste entre las dos cosas, no esto último, que es común a muchos otros lugares del mundo; se trata de una información obtenida de comunicaciones personales de varios de los principales profesionales brasileños implicados en este trabajo, en el "1º Seminário Nordestino Sobre Redução de Danos Relacionados ao Consumo de Álcool e Outras Drogas", celebrado en Pernambuco, el 14-16 de diciembre de 2005.
- p. Nos referimos a los exitosos programas de reducción de las tasas de VIH y otras enfermedades infecciosas logradas a través de los programas del CETADE, dirigido por Antonio Nery, y la Alianza de Reducción de Daños Fátima Cavalcanti, dirigida por Tarcisio de Andrade, ligadas ambas a la Universidad Federal de Bahía.

q. El cual, junto con la ONG Apdes, desarrollan interesantes programas de calle, como el GIRU-GAIA. Como ejemplo de su enfoque teórico ver Fernández y Pinto (51).

r. Pueden verse los datos en el Informe 2002 (52) del Plan Nacional Sobre Drogas y en la serie de informes anuales del Observatorio Español de Drogas del PNSD (26) donde se percibe claramente tanto el incremento de los Programas de Reducción del Daño, como el descenso, ya sea de la mortalidad, ya de las más importantes morbilidades asociadas al consumo endovenoso de ciertas drogas.

s. Por ejemplo, el de Díaz *et al.* (53), o el de Gamella y Roldán (54 p.17-24), cuando explican el contexto del incremento de consumos como el de la cocaína, o del surgimiento de otros, como el éxtasis. Es el mismo tipo de reacción al que se refiere Bourgois (55) en barrios de EE.UU.

t. Además de las referencias citadas en la nota final k, ver al respecto las evaluaciones de varios centros de este tipo en De Andrés *et al.* (56), en Romaní y Goldberg (57) y en Romo y Póo (58), en este último caso, sobre el primer programa de dispensación de heroína español, realizado en Granada.

u. Siguiendo la sistematización de las mismas que expuse hace unos años, como se puede ver en Romaní (59).

v. A partir de algunas de ellas, realizadas desde Grup Igia, con la colaboración del PNSD y de diversas comunidades autónomas del Estado Español, hemos sacado una publicación que es una guía de orientación para cierto tipo de investigaciones cualitativas (65), así como algunos materiales más específicamente formativos (66).

w. Aquí los autores reconocen que las respuestas pueden estar condicionadas por la moda y la influencia mediática del momento en que se hizo

el trabajo de campo, en que el de la prostitución era un tema estelar de la agenda mediática-política.

x. "Not In My Back Yard", o sea, "no en mi patio trasero" o, en traducción más libre, "no en la puerta de mi casa". Cuando hablo de fases es para diferenciar contra lo que se reacciona, lo que no quiere decir que en estos momentos no coincidan en el tiempo reacciones características de la primera y segunda fase.

y. Sobre el fenómeno NIMBY en España, ver Alberdi *et al.* (68) y Nel.lo, (69). También se puede consultar un video de Grup Igia sobre el tema (70). Ver asimismo el reciente análisis realizado sobre el fenómeno en EE.UU., con relación precisamente a los programas de intercambio de jeringuillas, en Tempalski *et al.* (71).

z. En el caso de las aportaciones de Grup Igia al respecto, me refiero al curso "COMETA, prevención de conflictos comunitarios asociados a la implantación de servicios y programas de drogodependencias". Tanto de éste, como de los materiales citados anteriormente, se puede obtener información sobre ellos en la página web de Grup Igia (72).

aa. Se trata de las que organiza el IHRA o, a nivel del ámbito iberoamericano y la Europa del Sur, las Conferencias Latinas de Reducción de Daños (CLAT) que organiza Grup Igia bianualmente desde el 2001, y en las que participan todos los grupos de este ámbito citados en el texto.

bb. No puedo extenderme ahora respecto a la argumentación de este tema, que varios autores hemos desarrollado en trabajos anteriores, como por ejemplo González *et al.* (13), o Grup Igia (75).

cc. Basta citar, al respecto, desde los primeros planteamientos de Douglas y Wildavsky (79), al ya clásico de Beck (80), o los más recientes de Tulloch y Lupton (81).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zinberg NE. Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use. New Haven: Yale University Press; 1984.
2. Romaní O. Las drogas, sueños y razones. 2da ed. Barcelona: Editorial Ariel; 2004.
3. Megías E, Comas D, Elzo J, Navarro J, Romaní O. La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid: F.A.D.; 2000.
4. Menéndez EL. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial Mexicana; 1990.
5. Haro JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En:

- Perdigero Gil E, Comelles JM, editores. Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra; 2000. p. 101-161.
6. Comas D, Romaní O. El control social. Reflexiones en torno a controles sociales y control social. En: VV.AA. Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2004. p. 119- 135.
7. Comelles JM. Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales. Jano: Medicina y Humanidades. 1985;29(655):71-83.
8. Good B. Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
9. Cohen S. Visiones de control social. Barcelona: PPU; 1988.
10. Lévi-Strauss C. El hechicero y su magia. En: Antropología estructural. Buenos Aires: Eudeba; 1968. p. 151-167.
11. Moser J. Prevention of alcohol-related problem: an international review of preventive measures, policies and programs. Toronto: Addiction Research Foundation; 1980.
12. Moore MH, Gerstein D. Panel of alternative policies affecting the prevention of alcohol abuse and alcoholism. Washington DC: National Academy Press; 1981.
13. Gonzalez C, Funes J, Gonzalez S, Mayol I, Romaní O. Repensar las drogas. Barcelona: Grup IGIA; 1989.
14. Martínez Hernández A. Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos; 2008.
15. Cavalcanti L. Es necesario encontrar un nuevo método eficaz de prevención. [En línea] Unesco, Comisión Europea, ONUSIDA. Sida y abuso de drogas. Bloquear la epidemia. PEDDRO. 2001;(diciembre):110-112 [fecha de acceso 12 de abril de 2008]. Url disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127135s.pdf>
16. Rosenbaum M. Seguridad primero: un enfoque realista sobre adolescentes, drogas y educación acerca de drogas. San Francisco: Drug Policy Alliance; 2002.
17. Grup Igia. Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias. Barcelona, Madrid: Institut Municipal de Salut Pública, F.A.D.; 2000.
18. Becoña E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas; 2001.
19. Bartoli P. Antropología de la educación sanitaria. Arxiu d'Etnografía de Catalunya. 1989;(7):18-24.
20. Romo N. Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. [En línea] Humanitas Humanidades Médicas. 2005;(5):69-83 [fecha de acceso 15 de abril de 2008]. URL disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono5/Articulos/articulo4.pdf>
21. Koutouzis M. La inevitable particularidad cultural. [En línea] Unesco, Comisión Europea, ONUSIDA. Sida y abuso de drogas. Bloquear la epidemia. PEDDRO. 2001;(diciembre):46-48 [fecha de acceso 12 de abril de 2008]. URL disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127135s.pdf>
22. Charles M. El papel de la cultura en el control del consumo de drogas: El caso de la India. [En línea] Humanitas Humanidades Médicas. 2005;(5):163-171 [fecha de acceso 15 de abril de 2008]. URL disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono5/Articulos/articulo11.pdf>
23. Escohotado A. Historia general de las drogas. Madrid: Alianza Editorial; 1989.
24. Courtwright DT. Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas. Barcelona: Paidós; 2002.
25. Davenport-Hines R. La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000. Madrid: Turner / México: F.C.E.; 2003.
26. Observatorio Español sobre Drogas. [En línea] Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo. Informes del Observatorio Español sobre Drogas (OED) [fecha de acceso 20 de marzo de 2008]. URL disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/observa/oed/home.htm>
27. Observatorio Europeo Drogas y Toxicomanías. Informe 2005: El problema de las drogodependencias en Europa. [En línea] Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2006 [fecha de acceso 30 de marzo de 2008]. URL disponible en: <http://ar2005.emcdda.europa.eu/es/home-es.html>
28. Oficina de Naciones Unidas para la Drogas y el Delito Organizado. Tendencias mundiales de las drogas ilícitas 2008. Nueva York: Naciones Unidas; 2008.

29. Transnational Institute. La historia reinterpretada. Una respuesta al Informe Mundial sobre las Drogas 2008. [En línea] United Nations General Assembly Special Session. Informe sobre políticas de drogas Nº 26, junio de 2008 [fecha de acceso 28 de julio de 2008]. URL disponible en: <http://www.ungassondrugs.org/images/stories/briefs/ef26s.pdf>
30. Romaní O. Globalización, anti-globalización y políticas de reducción de daños y riesgos. Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. 2005;(19):91-103.
31. Gamella JF. La lógica de lo endovenoso. Claves de Razón Práctica. 1991;(18):72-80.
32. Fernandes L. O sitio das drogas. 3ra ed. Lisboa: Notícias; 2002.
33. O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Druker E. La reducción de los daños relacionados con las drogas. Barcelona: Grup Igia; 1995.
34. Fresco M, De Rementería I, Romaní O. Drogas y ciudad. Santiago de Chile: Unión Europea, Programa URB-AL, Red Drogas y Ciudad; 1997.
35. Nieve P, Baulenas G, Borràs T. Centros de encuentro y acogida. Madrid: PNSD; 1995.
36. Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. International Journal of Drug Policy, 2005;165: 531- 544.
37. Aceijas C, Hickman M, Donoghoe MC, Burrows D, Stuikyte R. Access and coverage of needle and syringe programmes (NSP) in Central and Eastern Europe and in Central Asia. Addiction. 2007;102(8):1244-1250.
38. Machín J. Otra política de drogas es posible. LiberAddictus. 2005;(84):6-10.
39. Herrera B, Castillo S, García E, Azcano B, Hwa Kang S, Juarez M, Torz JC. La Carpa: un modelo de reducción de daño y tratamiento de base comunitaria. LiberAddictus. 2005;(87):3-8.
40. Juarez M. La seguridad comunitaria y su función en el tratamiento comunitario de adictos a las drogas en el Centro Histórico de la Ciudad de México. LiberAddictus. 2005;(85):2-4.
41. Cymerman P, Touzé G, Rossi D. La estrategia de Reducción de Daños como política preventiva. En: Drogadependencias. Reflexiones sobre el sujeto y la cultura. Rosario: Ediciones CEADS-UNR; 1996.
42. Touzé G, Rossi D. La construcción social del "problema droga" y "Reducción de daños" en Drogadependencia, abordajes múltiples. Buenos Aires: Biblioteca Médica Digital; 1998.
43. Epele M. Scars, harm and pain about being injected among drug using Latina women. Journal of Ethnicity in Substance Abuse. 2002;1(1):47-69.
44. Inchaurrega S. Drogas y políticas públicas: el modelo de la reducción de daños. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2002.
45. Bastos FI, Mesquita F. Drogas e AIDS-Estratégias de Redução de Danos. San Pablo: Hucitec; 1994.
46. Mesquita F, Doneda D, Gandolfi D, Battistella Nemes MI, Andrade T, Bueno R, Piconez e Trigueiros D. Brazilian response to the human immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome epidemic among injection drug users. Clinical Infectious Diseases. 2003;37(Supl 5):S382-S385.
47. Baptista M, Santos Cruz M, Matias R, organizadores. Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito. Río de Janeiro: UERJ; 2003. p. 189-224.
48. Cirino O, Medeiros R, organizadores. Álcool e outras drogas. Escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Auténtica editora; 2006. p. 13-48.
49. Schmitt AL. Brasil, un ejemplo alentador. [En línea] Unesco, Comisión Europea, ONUSIDA. Sida y abuso de drogas. Bloquear la epidemia. PEDDRO. 2001;(diciembre):50 [fecha de acceso 12 de abril de 2008]. URL disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127135s.pdf>
50. Schmitt AL. La educación de los iguales. [En línea] Unesco, Comisión Europea, ONUSIDA. Sida y abuso de drogas. Bloquear la epidemia. PEDDRO. 2001;(diciembre):53-54 [fecha de acceso 12 de abril de 2008]. URL disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127135s.pdf>
51. Fernandes L, Pinto M. El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicótropicos y políticas de la ciudad. [En línea] Humanitas Humanidades Médicas. 2005;(5):147-162 [fecha de acceso 15 de abril de 2008]. URL disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono5/Articulos/articulo10.pdf>

52. Plan Nacional sobre Drogas. Indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad. Informe año 2002. [En línea] Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio Español sobre Drogas [fecha de acceso 15 de marzo de 2008]. URL disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/observa/seipad/indicad_2002.htm
53. Díaz A, Barruti M, Doncel C. ¿Las líneas del éxito? Estudio sobre la naturaleza y extensión del uso de la cocaína en Barcelona. Barcelona: Laboratorio de Sociología ICESB; 1992.
54. Gamella JF, Alvarez Roldán A. Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas; 1997.
55. Bourgois Ph. Mutación de los usos en América del Norte. [En línea] Unesco, Comisión Europea, ONUSIDA. Sida y abuso de drogas. Bloquear la epidemia. PEDDRO. 2001;(diciembre):22-25 [fecha de acceso 12 de abril de 2008]. URL disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127135s.pdf>
56. De Andrés M, Rodés A, Romaní O, coordinadores. Proyecto MIRA de metodología de evaluación de servicios de reducción del daño en drogas. Barcelona: Grup Igia; 2000.
57. Romaní O, Goldberg A. Evaluación del Centro de Encuentro y Acogida (CEA) de Gijón. Barcelona: Grup Igia; 2005.
58. Romo N, Póo M. De droga a medicamento: vida cotidiana de pacientes y familiares en un ensayo clínico con heroína. Granada: Editorial Universidad de Granada; 2007.
59. Romaní O. Criterios de prevención: un debate necesario. En: Hopenhayn M, compilador. Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas. Santiago de Chile: CEPAL- ECLAC; 2002. p. 9-14.
60. Faura R, García N, Caussa A, Sampietro H, Balasch M, Sánchez V. Oci nocturn i substàncies psicoactives. Avaluació de les polítiques i intervencions de salut pública amb adolescents i joves en espais d'oci nocturn a Catalunya. Barcelona: Spora Sinergies; 2007.
61. Benschop A, Raves M, Korf DJ. Pill testing, Ecstasy and Prevention. A scientific evaluation in three european cities. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2002.
62. Haro JA, Keijzer B, editores. Participación comunitaria en salud. Evaluación de experiencias y retos para el futuro. México: El Colegio de Sonora, OPS; 1998.
63. Crouch C. La ampliación de la ciudadanía social y económica y la participación. En: García S, Lukes S, editores. Ciudadanía, justicia social, identidad y participación. Madrid: Siglo XXI; 1999.
64. Serapioni M, Romaní O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. Cadernos Saúde Pública. 2006;22(11):2411-2421.
65. Sepúlveda M, De Andrés M, Ilundain E, Romaní O. Guía Requala para investigaciones cualitativas aplicadas al ámbito del VIH-Sida y los usos de drogas. Barcelona: Grup Igia; 2002.
66. Grup Igia. Diseño y elaboración de materiales de "Información, Educación y Comunicación" (IEC) aplicados a la reducción de daños relacionados con las drogas. Barcelona: Grup Igia; 2008.
67. Megías E, Rodríguez E, Megías I, Navarro J. La percepción social de los problemas de drogas en España, 2004. Madrid: FAD; 2005.
68. Alberdi Bidaguren J, De la Peña Varona A, Ibarra Güell P. Una reflexión sobre la acción colectiva NIMBY: el caso de Hontza. Inguruak, Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política. 2002;(33):59-80.
69. Nel.lo O, editor. Aquí no! Els conflictes territorials a Catalunya. Barcelona: Empúries; 2003.
70. Grup Igia. NIMBY. Conflictos de implantación. [Video en línea] Barcelona: Grup Igia; 2008 [fecha de acceso 10 de junio de 2008]. URL disponible en: http://www.grupigia.com/viewpage.php?page_id=4 2008
71. Tempalski B, Friedman R, Keem M, Cooper H, Friedman SR. NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: The case of syringe exchange programs in the United States. Geoforum. 2007;38(6):1250-1263.
72. Grup Igia. [Sitio Web en línea] Barcelona: Grup Igia; 2008 [fecha de acceso 10 de junio de 2008]. URL disponible en: <http://www.grupigia.com>.
73. Grup Igia. Gestionando las drogas. Barcelona: Publicacions Grup Igia; 2001.
74. Callon M, Lascoumes P, Barthe Y. Agir dans un monde incertain. Esai sur la Démocratie Technique. París: Editions du Seuil; 2001.

75. Grup Igia. Convivir con las drogas. Legislación sobre drogas y sistema sociosanitario: reflexiones y propuestas desde una perspectiva no represiva. Barcelona: Grup Igia; 1995.
76. Fountain J, editor. Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research. Luxemburgo: EMCDDA; 2000.
77. Bourgois Ph. Anthropology and epidemiology on drugs: the challenges of cross-methodological and theoretical dialogue. International Journal of Drug Policy. 2002;13(4):259-269.
78. Nicther M. Reducción del daño: una preocupación central para la Antropología Médica. Desacatos. 2006;(20):109-132.
79. Douglas M, Wildavsky A. Risk and Culture. Berkeley: University of California Press; 1982.
80. Beck U. La sociedad del riesgo. Barcelona: Paidós; 1998.
81. Tulloch J, Lupton D. Risk and everyday life. Londres: Sage; 2003.
82. Romaní O. Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado? En: Bergalli R, coordinador. Sistema Penal y problemas sociales. Valencia: Tirant lo Blanch; 2003. p. 429- 450.

FORMA DE CITAR

Romaní O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. Salud Colectiva. 2008;4(3):301-318.

Recibido el 7 de marzo de 2008

Versión final presentada el 14 de julio de 2008

Aprobado el 12 de agosto de 2008