

De riesgos y placeres

Manual para entender las drogas

David Pere Martínez Oró
Joan Pallarés Gómez
(eds.)

editorial
MILENIO

LA ORGANIZACIÓN DE LOS USUARIOS

La reducción de riesgos en el ámbito de la exclusión social

Antoni LLORT SUÁREZ

Pla d'Accions sobre Drogues de Reus. Hospital Universitari Sant Joan
allort@grupagessa.com

One man's trash is another man's treasure.

Proverbio popular americano.

Enfoque y estrategias

Como afirma Bourdieu (1999: 558) en su obra *La miseria del mundo*:

La verdadera medicina, siempre según la tradición hipocrática, comienza con el conocimiento de las enfermedades invisibles, de los hechos que el enfermo no habla, ya sea porque no tiene conciencia de ellos o porque olvida comunicarlos. Sucede lo mismo con la ciencia social preocupada por conocer y comprender las verdaderas causas del malestar que sólo se expresan a la luz del día a través signos sociales difíciles de interpretar por ser, en apariencia, demasiado evidentes.

Querer abordar el tema de la exclusión social y los problemas de consumo de drogas, no sólo nos plantea esta dificultad metodológica, sino que nos obliga a afrontar el doble estigma que esto implica y realizar un esfuerzo de análisis complejo y holístico de la realidad de nuestra sociedad actual, identificando los mecanismos que propician los procesos de exclusión social y trabajar para la minimización de estos. Proponemos un modelo de intervención basado en el conocimiento en profundidad de las estructuras microsociales, las relaciones entre individuos y grupos, espacios y contextos de consumo y el desarrollo de estrategias para facilitar la participación y conciencia de ciudadanía de los usuarios de drogas como elemento clave para generar procesos de inclusión.

Todos estos aspectos configuran un enfoque comunitario que pone en contacto los diferentes ámbitos sanitarios, sociales y humanos de las cuestiones que plantea el fenómeno de las drogodependencias y sus daños asociados, obligándonos a poner el acento en las relaciones que existen entre marginación social y prácticas de riesgo (Cavalcanti, 2000) y nuestros objetivos en el empoderamiento de las personas que participan en estos proyectos.

El concepto de empoderamiento propone mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas mediante la potenciación de recursos a diferentes niveles conceptuales, individuales, grupales y comunitarios. Se parte de la idea de que el desarrollo de estos recursos genera nuevos espacios y capacidades en los que

las personas tienen una mayor capacidad para controlar por sí mismas su propia vida, ya que la mayoría de los problemas sociales se deben a “una distribución desigual de los recursos materiales y psicológicos” (Buelga, 2007: 155).

Por otro lado las teorías contemporáneas del trabajo social crítico (Pons, 2012) permiten dar prioridad a la estructura social en el análisis del problema del consumo de drogas y despatologizar a los individuos, buscando el origen de los problemas en la estructura social y no en los enfoques biologicistas (diagnóstico/medicalización) de abordaje de problemas sociales y de salud. Por ello es importante la inclusión en los equipos de planificación de servicios y recursos de atención a profesionales de las ciencias sociales y otros profesionales que trabajan en contacto con usuarios de drogas.

Intentaremos demostrar con algunos ejemplos, que el conocimiento de las especificidades de las prácticas relacionadas con el consumo y de los espacios físicos y sociales (por el significado que se les atribuye) son clave para la planificación y ejecución de políticas eficaces en tanto en cuanto cumplan unos objetivos de salud pública y la no vulneración de derechos fundamentales. Al mismo tiempo, que trabajar para la mejora de la accesibilidad y optimización de los recursos por parte de profesionales, usuarios, clientes y pacientes, son elementos clave para lograr nuestros objetivos.

Tradicionalmente al estudiar usos de drogas problemáticos se ha puesto el énfasis en la sustancia (abordaje jurídico-legal) y en el individuo cómo enfermo (abordaje biologicista), “siendo todavía una de estas zonas de la vida social que están estigmatizadas a través de la construcción social del problema de la droga” (Romaní 1999: 153). Toda práctica asistencial y acción social viene condicionada por coordenadas ideológicas que configuran y estructuran un determinado modelo de atención, éste es el caso de la intervención en reducción de daños que se sitúa en una posición de subalternidad versus el paradigma biologicista y jurídico represivo.

Después de más de 30 años de la aparición del problema droga y el nacimiento de su macabra simbología asociada (yonquis, jeringuillas, chutaderos, SIDA, mono, delincuencia, metadona...) el fenómeno ha caído varias posiciones en el ranking de problemas percibidos por la sociedad española actual, pero no es en vano que las drogas aunque porcentualmente muy por debajo de otros problemas como el paro, la sanidad o la vivienda, aparezcan como segundo de los ítems en los gráficos del mismo instituto de investigaciones, en toda sus múltiples versiones.¹

Actualmente, y según el informe 2011 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, el grado de exclusión social entre pacientes que han iniciado tratamiento en 2011 es generalmente alto, factor que impide el

1. Último barómetro del CIS septiembre 2012. <<http://www.cis.es>>.

éxito del mismo tratamiento y la recuperación o mejora de calidad de vida de estas personas. A nivel europeo y muy similar en España el 56% de éstos se encuentran en situación de desempleo y casi el 10% carece de vivienda estable, el 37% sólo ha finalizado los estudios primarios y el 2% ni éstos.

Evidentemente los problemas asociados al consumo persisten, y más aun en el momento de crisis económica actual, que afecta a todas las dimensiones de la vida. En consecuencia la acción/intervención social debería activar tres espacios fundamentales, García Roca (2012: 37): el lugar de las privaciones, el de las capacidades y el de la acción conjunta. En torno a cada uno de ellos, y en la línea que apuntábamos antes, se han creado discursos y prácticas, marcos legislativos, instituciones y dispositivos (García Roca, 2012: 37). Estos tres niveles son los que dirigirán la orientación de nuestras propuestas de intervención.

Además, si tenemos en cuenta las últimas aproximaciones al concepto exclusión (Hernández, 2010) se describe como un fenómeno complejo, estructural, dinámico, multifactorial, multidimensional, heterogéneo que incluye también un factor individual fuertemente influenciado por niveles educacionales formativos inexistentes o insuficientes, situándonos frente a un monstruo de mil cabezas, capaz de mutar ante las adversidades y difícilmente abordable desde un solo punto de ataque. Actualmente los modelos de exclusión social ya no operan únicamente expulsando al margen o a las periferias lo indeseado, sino que la nueva exclusión, se manifiesta también en el centro mismo de la sociedad. (García Roca, 2012).

Las políticas de bienestar se construyeron desde lógicas de respuesta a demandas que se creían homogéneas y diferenciadas y se gestionaron de manera rígida y burocrática (Brugué, Gomà y Subirats, 2002). De manera intuitiva o pragmática, el movimiento de reducción de daños siempre ha actuado con otra lógica, flexible y desburocratizadamente, intentando minimizar situaciones de riesgo y de vulnerabilidad de los individuos y en consecuencia para la sociedad, por ejemplo; frenando la propagación de enfermedades infecciosas como el VIH o la Hepatitis C (que requieren tratamientos muy caros y complejos), evitando muertes por sobredosis, bien disminuyendo el grado de delitos relacionados (hecho que permite descongestionar el aparato judicial y disminuir costes) o bien facilitando las relaciones humanas enriquecedoras entre individuos, grupos y recursos de una misma comunidad, favoreciendo evitar estados de vulnerabilidad individual y colectiva.

Escenarios y actores

La Reducción de Riesgos y Daños es un movimiento que se basa en la cooperación transversal de distintos actores: la sociedad civil, a través de movimientos sociales, organizaciones privadas y distintas instituciones de tipo social (universidades, iglesias, partidos políticos etc.); y el Estado, los municipios, y las diversas administraciones e

instituciones públicas. De tal modo que no consista ni en la imposición unilateral de políticas estatales ni en la acción de unas ONG's allí donde el Estado ha dimitido de sus obligaciones de intervención social, sino en el producto del diálogo entre los distintos actores (sociales, políticos, profesionales, etc.) en el contexto de una renovación y consolidación de las políticas públicas².

Un ejemplo de la omisión de responsabilidades de las administraciones y de mala o ineficaz gestión de recursos lo pudimos apreciar en el proceso que aconteció en Barcelona (Can Tunis) en los años noventa hasta 2005 aproximadamente. Cientos de personas, drogodependientes en situación de marginalidad, se hacinaban y deambulaban al pie de Montjuic en busca de sus dosis diarias, en un espacio insalubre y abandonado de las bondades y obligaciones de la administración. El proyecto urbanístico de limpieza y transformación de la ciudad borró del mapa bruscamente esta realidad, desplazando a miles de personas hacia otros barrios o lo que es lo mismo escondiendo los escombros debajo de la alfombra. Con el tiempo, Can Tunis se convirtió en uno de los peores reductos de marginalidad, dejando de ser atendidos aquellos que se consideran no-productivos y, por tanto, no-asistibles (Ilundain, 2004: 114).

Este modelo de gestión de la marginalidad desgraciadamente se replica en toda sociedad occidental, evidenciando la crudeza de un modelo tecnocrático que delega sus responsabilidades a pequeñas organizaciones no gubernamentales, a entidades de beneficencia y a la sociedad civil en general, quienes absorben en última instancia las consecuencias de un sistema que genera desigualdades de manera estructural y de una manera cada vez más sutil.

Han existido y existen, en relación al uso de drogas, espacios públicos, zonas o territorios que mantienen desde hace décadas actividad relacionada con la compra venta y consumo (inyectado, fumado, en sus diferentes variantes) y que forzosamente se convierten en puntos de convivencia y contacto con el resto de ciudadanía. Esta actividad no ha cesado ni se diferencia mucho en su esencia a los tiempos de la eclosión del fenómeno del consumo de heroína que caracterizó los años ochenta y principios de los noventa, o al menos esta es nuestra experiencia. Podemos llamar a estos espacios “territorios psicótopos”, “definidos como un lugar de concentración espontánea de actores sociales de las drogas; o como un lugar donde hay una alta probabilidad de que ocurra una interacción a propósito de las drogas, aunque ello no forme parte de la intención previa de los sujetos” Fernandes (2000: 57).

Este tipo de escenarios deben ser considerados prioritarios en nuestras intervenciones de reducción de daños, pues ofrecen retos y oportunidades de conocimiento de: las prácticas, las relaciones, las creencias, los rituales de consumo, permitiéndonos acceder a una parte de la lógica de los mecanismos

2. Principios básicos de la Reducción de Riesgos y Daños (RRD) según el Comité de la CLAT5 (5ª Conferencia de Reducción de Daños en Drogas, O Porto, 1-5 julio 2009).

de exclusión social, relacionada con la ilegalidad, la clandestinidad y los riesgos asumidos en su consecuencia. El acceso y conocimiento exhaustivo de estos lugares es complicado para muchos profesionales, y la colaboración de usuarios o ex usuarios de drogas nos puede facilitar mucho el acceso a este campo.

Las actividades basadas en la prospección de campo, el activismo y la solidaridad, facilitan la “toma de conciencia” del estatus de “ciudadanía” de pleno derecho (y deber), visibilizando el potencial de las estrategias de reducción de daños para trabajar transversalmente aspectos, valores y habilidades preventivas que minimicen los procesos de exclusión social y doble estigmatización. Al mismo tiempo permiten desarrollar capacidades que mejoran la autonomía y la autogestión de los riesgos, causando efecto en los tres niveles teóricos apuntados: individuales, grupales y colectivos.

De la teoría a la práctica. La necesaria participación de los usuarios de drogas

Varios principios generales según Sepúlveda, Báez y Montenegro (2008: 25) caracterizan el concepto de recurso de atención al ámbito de consumo de drogas, al menos a nivel ideal, al mismo tiempo que configuran el esqueleto técnico de los elementos esenciales para la intervención social en relación a los problemas de consumo de drogas:

- **Un marco global** que une la información, el acceso a los medios de prevención y los derechos sociales y sanitarios de las personas.
- **La multiplicidad de lugares de prevención y atención:** farmacias, programas de intercambio de jeringuillas en puntos fijos y unidades móviles, locales de ocio, centros de acogida, redes de asistencia municipales, comunidades terapéuticas, centros asistenciales especializados, salas de venopunción higiénica, growshops, institutos, etc.
- **La complementariedad y trabajo conjunto** entre una variedad de agentes sociales: administración pública, asociaciones de lucha contra el sida, profesionales sanitarios, asociaciones de usuarios y/o ex usuarios de drogas, farmacéuticos, trabajadores sociales, vecinos, comerciantes, investigadores, etc.

Veamos algunos ejemplos que a nivel local e internacional pueden servir para la buena orquestación de todos los distintos niveles aquí propuestos.³

El primero es la necesidad de trabajar bajo un marco teórico estructurado y planificado que marque las líneas básicas de actuación e inspire las intervenciones que se derivarán del mismo, coordinando las funciones de los

3. Todas las propuestas en este capítulo se basan en la experiencia de trabajo en el Pla d'Accions sobre drogues de Reus, el cual articula las intervenciones del Servicio de Drogodependencias del Hospital Universitario Sant Joan, el Centro de Acogida y Actividades la Illeta y la experiencia con la asociación de usuarios/as de drogas ARSU (Asociación Reus Somos Útiles) y otros programas comunitarios.

diferentes dispositivos integrados en el plan de acción. Elaborando un documento de consenso o un documento de planificación local como un plan de acciones sobre drogas, un plan municipal de ordenación o semejantes, en donde los principios de reducción de daños y riesgos estén incluidos de manera transversal y dónde en su elaboración participen representantes de todos los agentes sociales implicados, teniendo especial consideración con los colectivos de usuarios, pacientes, consumidores y familiares.

En este sentido será necesario que los profesionales y agentes de reducción de daños sean capaces de filtrar y contaminar su filosofía a los diferentes estamentos de la administración pública y de intervención social del área de influencia de sus acciones. Es necesario también que políticos, responsables de seguridad urbana, policía, centros cívicos, profesionales de la salud y educación, tejido asociativo y comunidades vecinales transfirieran y debatieran sus ideas claves en distintos foros y oportunidades de participación desde la fase de planificación, ejecución y evaluación.

Veamos un ejemplo de la influencia de los principios de reducción de daños en los objetivos de un documento marco de este tipo:

- Incidir y facilitar cambios en la representación social del consumo de drogas. Aceptando también la existencia de pautas de consumo no arriesgadas ni problemáticas.
- Facilitar la transmisión de información objetiva y contrastada sobre el uso de sustancias psicotrópicas, sus efectos tanto positivos como negativos, cuestiones legales, etc.
- Reconocer la existencia de conductas y prácticas de riesgo que aumentan las probabilidades de transmisión de enfermedades contagiosas como las hepatitis víricas, SIDA, etc.
- Diferenciar escenarios y tipos de consumo matizando las diferencias en relación a los usos (casuales, experimentales, esporádicos, regulares, recreativos, abusivos y adictivos) valorándolas en relación a los riesgos.
- Potenciar los recursos personales que permitan gestionar de una forma responsable y crítica la relación con las sustancias.

Un segundo aspecto en el plano del funcionamiento de los dispositivos requiere la figura o la consideración de un agente especializado o equipo coordinador en intervenciones de prevención y trabajo de promoción de la salud a nivel colectivo o comunitario. Este tipo de profesional puede definir, organizar y controlar la diversidad de actividades relacionadas con la colectividad, representar los diferentes proyectos y programas de reducción de daños y riesgos ante los diferentes agentes sociales implicados o a implicar, concentrarse en coordinar los esfuerzos de participación del equipo y de los usuarios en la comunidad, establecer relaciones con los representantes y líderes y desarrollar actividades e intervenciones educativas continuadas y específicas dirigidas también a la comunidad (Burke, 1997).

El trabajo coordinado entre los recursos destinados a trabajar los problemas derivados del abuso de sustancias (Centros de Tratamiento, Centros de Acogida y Actividades, Salas de consumo higiénico, programas de intercambio de jeringuillas y de acercamiento a usuarios en activo, farmacias, etc.) y los demás dispositivos disponibles de atención a la salud y a los problemas sociales, facilitará en gran medida la instauración de mecanismos que los hagan receptivos a los problemas de convivencia y posible resolución.

Será un factor importantísimo el conocimiento en profundidad, a pie de calle, de las distintas realidades y escenarios de consumo y compra venta de drogas, convirtiéndose en uno de los elementos clave para el buen funcionamiento y consecución de los objetivos de trabajo de la reducción de daños y riesgos. Esta tarea puede ser llevada a cabo ya sea mediante el estudio e investigación etnográfico-antropológica, el trabajo coordinado con los mismos actores (usuarios de las sustancias y los agentes comunitarios), así como con los distintos dispositivos encargados de la atención. Pero no es suficiente únicamente obtener y sistematizar la recogida de datos sino que es indispensable el intercambio y flujo de informaciones con las instancias administrativas responsables de media y alta esfera, para contrastar y producir datos y conocimiento de la realidad, de una manera dialéctica.

Sintetizando, las redes de atención deberían funcionar desde los usuarios hasta la administración a través de un entramado comunitario que incluye los dispositivos asistenciales así como otros centros comunitarios, logrando con mayor o menor fortuna el objetivo de la participación y la interacción dialéctica (Borràs y Sardà 2004).

El tercer aspecto pues, será el trabajo con y de los consumidores de drogas, organizaciones de usuarios y la potenciación de su creación o mantenimiento. Aunque la efectividad, implicación y participación en las intervenciones ya es un hecho reconocido, continúan apareciendo tensiones sobre el rol y contribución de las personas que consumen drogas. Es importante reconocer que mientras los servicios de reducción de daños son prestados por profesionales mayoritariamente, muchas de las innovaciones han emergido y emergen de los grupos de consumidores, no olvidemos por ejemplo que fue un grupo de consumidores de drogas quien estableció el primer programa en el mundo de intercambio de jeringuillas en Holanda en 1984 (Southwell, 2010). O que en Can Tunis, fue una asociación de usuarios (Asociación Somos Útiles ASUT), la encargada de flexibilizar los horarios de intercambio de jeringuillas y de acercar artículos de primera necesidad (fines de semana, festivos...) apoyando el trabajo de las ONG que trabajaban en el poblado.

Algunas personas que fuman base o crack correctamente han tratado y tratan de evitar enfermedades del pulmón, derivadas de la inhalación de la ceniza del cigarro u otras impurezas mediante la construcción y abastecimiento

de pipas de cristal anticeñiza. Mientras que estas estrategias ya eran conocidas desde mediados de los noventa, la distribución de este tipo de pipas para el uso de estimulantes no se ha puesto al alcance de los usuarios todavía de manera normalizada. Este no es el caso de EGO (Espoire de la Goutte d'Or) una de las primeras asociaciones de trabajo conjunto entre profesionales y usuarios, nacida en un barrio multicultural parisiense. La Goutte d'Or lleva realizando desde 1989 proyectos de salud y cohesión comunitaria para la mejora de la calidad de vida del barrio y de los usuarios de drogas, distribuye pipas especializadas para el consumo de estimulantes, entre otros materiales estériles de consumo en el marco de sus programas de reducción del daño.

Entonces deberíamos preguntarnos ¿Cómo es posible asesorar a un usuario de crack o coca base sobre los riesgos de las técnicas de consumo si no conocemos al detalle el método de preparación de la sustancia y de su instrumento para el consumo? O ¿cómo podemos saber cuáles son las técnicas utilizadas para compartir dosis inyectables que han facilitado la transmisión de la Hepatitis C, si no se comparten jeringuillas?⁴

Aunque se ha registrado un pequeño descenso de la infección de VIH entre inyectores en España en los últimos años, estudios recientes han revelado una prevalencia del 80,1% de Hepatitis C entre inyectores en Cataluña, debido mayoritariamente a la práctica de compartir los materiales de inyección de forma indirecta (filtros, cucharillas y “front o back loading”). (Huntington, Folch, González, Meroño, Ncube y Casabona, 2010). Evidentemente sin el estudio cualitativo de las técnicas, creencias prácticas de los mismos inyectores sería imposible llegar a estas conclusiones tan alarmantes e intentar poner freno a esta epidemia de infección. Sin el trabajo de acercamiento y la participación de usuarios en activo y el acceso a sus prácticas de consumo, esto no sería posible.

El trabajo con los vendedores. Un aspecto olvidado de la reducción de riesgos y daños

Ya en otro ámbito del “sistema drogas” es importante remarcar también el trabajo realizado por algunas organizaciones de usuarios con vendedores de drogas ilegales, que se han mostrado dispuestos a colaborar en programas de intercambio de jeringuillas, o a formarse para aconsejar mediante mensajes de reducción de daños y promoción de la salud a usuarios (clientes) clave de la comunidad, (Southwell, 2010). Por ejemplo convenciendo a vendedores de heroína de no cortarla con barbitúricos u otras sustancias similares reduciendo

4. Más alarmante es aún si cabe que la infección de VIH por inyección tiene las tasas más elevadas en las personas que se inyectan en prisión, según el estudio de Huntington, Folch, González, Meroño, Ncube y Casabona, 2010.

el riesgo de sobredosis accidentales, advertir o diluir la sustancia cuando ésta es de mucha calidad o no mezclarla con cocaína, para evitar positivos en analíticas de control de programas de mantenimiento con opiáceos.

Existen diferentes estrategias novedosas como las mencionadas en el párrafo anterior, alrededor de la organización inteligente entre consumidores de heroína y crack, en Canadá e Inglaterra recopiladas por Southwell (2008). El documento de trabajo de este autor “Consumer Action & Drug Supply Network”, recoge este tipo de iniciativas que se basan en la idea de que los consumidores unidos (de productos legales e ilegales) pueden forzar cambios positivos hacia la iniciativa privada, como se ha demostrado en campañas de boicot contra empresas comerciales que realizan malas prácticas u ocultan la procedencia o composición de sus productos, sobre todo gracias los medios de propagación que ofrecen las redes sociales más conocidas. Este es el caso de la asociación de usuarios COUNTERfit de Toronto quien está trabajando con una Universidad de esta ciudad para validar y evaluar el impacto de sus intervenciones con los vendedores.

Veamos aquí algunos ejemplos más, “la recomendación positiva”, espontáneamente los usuarios de drogas recomiendan o desaconsejan determinados vendedores de drogas según la calidad del producto que se ofrece, pudiendo evitar el consumo de sustancias no deseadas mucho más nocivas e intentando introducir y forzar a los vendedores a incurrir en buenas prácticas de venta. En este caso la opción de poder realizar testing y pesaje de las sustancias facilita mucho el control de los productos.

“La gestión de la deuda” es otro factor importante de reducción de daños, pues muchos vendedores facilitan o incluso incitan a incurrir en deuda, restringiendo de esta manera, bajo presión, la posibilidad de actuar como consumidor responsable. Algunos vendedores pueden llegar incluso a ser hostiles y amenazantes cuando un usuario deja de comprarle la sustancia mientras este tiene deudas con él. El problema se incrementa cuando el usuario por ejemplo quiere dejar el consumo o deja de consumir de un día para otro. Cabe pues la posibilidad y la necesidad de renegociar la deuda con el vendedor.

La compra colectiva: si un grupo de consumidores reúne suficiente dinero para poder abastecerse de las sustancias a un nivel más alto de la cadena de compra-venta, se pueden adquirir drogas de mayor calidad evitando cortes y manipulaciones de las sustancia.

El patrocinio de vendedores: los consumidores pueden facilitar contactos de vendedores con compromiso de servicio y buena calidad de sus productos. Esto es posible poniendo en contacto nuevos consumidores a vendedores de confianza e incluso facilitando que vendedores se abastezcan en el mercado mayorista de productos de mayor calidad.

En Amsterdam, por ejemplo, en relación al trabajo y talleres realizados con vendedores, se ha propuesto la *Charter for social dealer* (Carta de ven-

dedor con conciencia social) que consta de los siguientes puntos: no vender a jóvenes, limitar la deuda de cada consumidor a 100 euros, mantener una calidad, cantidades y horarios estables, sólo vender sustancias por dinero, no aceptando objetos robados a cambio de dosis, no violencia, establecer un máximo de clientes por vendedor, no merodear por la zona innecesariamente. En España todavía no se han estandarizado este tipo de iniciativas, pero si que se ha empezado a analizar muestras de heroína en restos de filtros, por ejemplo, en salas de consumo higiénico cómo en el SAPS (Iannello, Delás, Aguas, Bacovich, Serra y Díaz: 2012) o en la sala Baluard de Barcelona, con la colaboración de Energy Control.

Y en el ámbito de la noche...

En los espacios de ocio nocturno también se han desarrollado estrategias exitosas al respecto mediante la organización de grupos de jóvenes concienciados, preparados para trabajar como educadores de pares en relación a los distintos usos de sustancias que en este ámbito se emplean, ya sea difundiendo y ofreciendo información objetiva y realista sobre los efectos de las sustancias y consejos de disminución de riesgos contrastada por grupos profesionales de la salud y por consumidores expertos. El análisis de sustancias en espacios de fiesta es otra práctica muy valiosa para los usuarios que las adquieren en el mercado negro, pudiendo descartar sustancias falseadas y, por tanto, evitar así efectos indeseados. Este tipo servicios de análisis se han diseñado al mismo tiempo y principalmente como estrategias de acercamiento a usuarios de drogas ilegales.⁵ Sin la participación en los mensajes de reducción de riesgos y prevención, de personas cercanas o expertas en el consumo, por ejemplo, de determinados estimulantes, ¿sería posible ser creíbles y de utilidad para consumidores instrumentales o experimentales en su uso recreativo?

En la actualidad también han proliferado exponencialmente las asociaciones o clubs dedicados a proteger los derechos de las personas que consumen cannabis, es también un buen ejemplo de auto-organización y de voluntad de cambio del estatus de los consumidores de drogas ilegales. El caso del cannabis goza de un estatus diferenciado de otras drogas por su composición y efectos, y su uso y cultivo se ha visibilizado mucho más en los últimos años en nuestra sociedad. Aun así plantea también dificultades y riesgos, pues aparecen en el escenario de manera cada vez más clara y numerosa nuevos perfiles de personas que consumen cannabis más vulnerables y sujetos a procesos de exclusión social grave, ya que son jóvenes con problemas de salud mental y/o desestructuración social que no pueden o no quieren dejar de consumir cannabis u otras sustancias y que nos plantean retos de intervención sistémica importantes.

5. Véase el caso de Energy Control, Som.nit y Arsu Festa en España.

El necesario papel de los usuarios y ex-usuarios

Otro tipo de acciones realizadas por usuarios y ex-usuarios de drogas, ya en la esfera de los dispositivos de atención y tratamiento, que han demostrado su efectividad pasan por intervenciones de asesoramiento a partir de su conocimiento experto de uso de drogas de largo recorrido y de su experiencia en los centros de atención. La experiencia y el conocimiento sobre el cuerpo, los efectos de la medicación y otras drogas, terapias y tratamientos, pautas de autoatención y de reducción de daños y riesgos que son capaces de aportar los consumidores expertos pueden apoyar en mucho a los mensajes de profesionales e incidir positivamente en la búsqueda de la mejora de la calidad de vida los consumidores de opiáceos, cocaína u otras drogas.

Este tipo de estrategias, llevadas a cabo por personas cercanas al consumo de drogas a veces denominados agentes de salud, pares, pacientes expertos, etc., tienen mayoritariamente un lugar subsidiario en las redes de atención, pero por la efectividad de sus intervenciones deberían tenerse en cuenta como un elemento fundamental e imprescindible para poder ofrecer una mayor diversidad y flexibilización de servicios, listamos aquí algunas de las actividades que pueden realizarse gracias al trabajo conjunto con usuarios de drogas y que facilitan estos objetivos:

- Creación de asociaciones reivindicativas, prestación de servicios y auto apoyo.
- Funciones de acogida en los servicios de atención.
- Acompañamientos a servicios y a procesos de tratamiento.
- Creación y desarrollo de grupos de ayuda mutua.
- Propuestas de empleo y ocupabilidad del tiempo libre alternativo al consumo.
- Acercamiento a usuarios en activo en zonas de consumo de riesgo, mejorando la accesibilidad a los dispositivos.
- Campañas de limpieza de parafernalia derivada del consumo en zonas abiertas de consumo en la vía pública.
- Optimización de los recursos de reducción de daños mediante la participación en la planificación de actividades y plan de funcionamiento.
- Nuevas posibilidades de investigación-acción-participativa.
- Formación de educación entre pares y agentes de salud.
- Fomento de la participación del colectivo en términos de ciudadanía en las actividades culturales y lúdicas locales, facilitando la visibilización de la problemática.
- Tareas de *advocacy* y soporte en la implementación y defensa de recursos de reducción de daños como salas de consumo, espacios de acogida, nuevos tratamientos, intercambio y dispensación de material estéril para el consumo.
- Reivindicación de derechos y sensibilización ciudadana, más efectiva.
- Colaboración en la formación técnico-práctica de los profesionales.

- Intercambio de experiencias y conocimientos con otras asociaciones locales, estatales e internacionales.

En definitiva, se trata de obtener unos resultados óptimos y efectivos basados en el respeto, el pragmatismo y el trabajo horizontal, en definitiva un trabajo más humano resultado de la suma de conocimiento y experiencia de usuarios y profesionales, que pueden resultar de utilidad cuando se trabaja con el doble objetivo de reducir daños y riesgos relacionados con el consumo de drogas y para la inclusión social de las personas. Cabe remarcar aquí, y más en tiempos de crisis, que el coste de estos programas de prevención basados en la experiencia de los propios consumidores es ínfimo si lo comparamos con el coste de tratamientos por infección de virus como el de VIH, las hepatitis u otras enfermedades derivadas del consumo de drogas y que puede al mismo tiempo rentabilizar los tratamientos dedicados a las adicciones y racionalizar el uso y el coste del aparato judicial.

A modo de conclusión

La mayoría de estas propuestas pasan obligatoriamente por el trabajo en los espacios sociales y personales de la exclusión social, incomprensibles e invisibles muchas veces por ser demasiado evidentes como ya apuntábamos al inicio de este texto de la mano de Bourdieu. Es pues obligación ineludible de los agentes sociales y profesionales implicados el forzar nuestra mirada hacia estos territorios para poder comprender y actuar consecuentemente en el marco y circunstancias actuales, comprometiendo nuestro trabajo diario hacia la minimización y erradicación de las desigualdades sociales en materia de salud y derechos sociales, disminuyendo los daños que éstas implican en nuestra sociedad y avanzando hacia una normalización del fenómeno del consumo de drogas. La mejor manera de trabajar la exclusión social es trabajar con y para las personas que sufren este proceso de segregación y con los escenarios y mecanismos que lo facilitan.

Referencias bibliográficas

- BORRÀS, Tre & SARDÀ, Artur (2004). “Cambios sociales, cambios en los tratamientos”. *Mono-grafías Humanitas. Uso de drogas y drogodependencias*, (5), 119-137.
- BOURDIEU, Pierre (1999). Post-scriptum. En Pierre Bourdieu (ed.), *La miseria del mundo* (557-559). Madrid: Akal. (original 1993).
- BRUGUÉ, Quim; GOMÀ, Ricard & SUBIRATS, Joan (2002). “Exclusión Social y Drogas”. En FAD y colaboradores (eds.), *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*.(161-181). Madrid: FAD.
- BUELGA, Sofia (2007). “El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria”. En Marta Gil (dir.), *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinar* (154-173). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

- BURKE, Dorrie (1997). *Integración de los PMM en la comunidad*. En Mark W. Parrino (ed.), *Manual de tratamiento con metadona* (281-299). Barcelona: Publicacions del Grup Igia. (original 1992)
- CAVALCANTI, Lia (2000). “Estrategias de prevención dirigidas hacia grupos étnicos de usuarios de drogas en un barrio de París”. En Grup Igia y colaboradores (eds.), *Contextos, sujetos y drogas; un manual sobre drogodependencias* (283-288). Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y FAD.
- FERNANDES, Luís (2000). “Los territorios urbanos de las drogas. Un concepto operativo”. En Grup Igia y colaboradores (eds.), *Contextos, sujetos y drogas; un manual sobre drogodependencias*. (53-60). Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y FAD.
- GARCÍA ROCA, Joaquín (2012). *Reinvención de la exclusión social en tiempos de crisis*. Madrid: Fundación Foessa.
- HERNÁNDEZ, Manuel (2010). “El estudio de la pobreza y la exclusión social. Aproximación cuantitativa y cualitativa”. *Revista interuniversitaria de formación del Profesorado*, 24 (3), 25-46.
- HUNTINGTON, Susie; Folch, Cinta; González, Victoria; Meroño, Mercè; Ncube, Fortune & Casabona, Jordi (2010). “Prevalencia del VIH, hepatitis C y factores asociados en usuarios de drogas por vía parenteral seleccionados en Cataluña”. *Enfermedades Infecciosas y Ginecología Clínica*, 28 (4), 236-238.
- IANNELLO, G. Davide; DELÁS, Jordi; AGUAS, Margarita; BACOVICH, Igor; SERRA, Lluís & DÍAZ, Olga (2012). “La bolsa de las drogas. The illicit drug market”. (Cartas a la directora). *Gaceta Sanitaria*, 26 (3), 288-290.
- ILUNDAIN, Enrique (2004). “Drogas, Enfermedad y Exclusión. ¿Can Tunis (Barcelona) como paradigma?” *Monografías Humanitas. Uso de drogas y drogodependencias*, 5, 105-118.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012). *Informe anual 2012: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- PONS, Alba (2012). “Interferències. Trabajo social y (Trans)formación de Género”. *Revista de Treball social RTS*, 195, 114-120.
- ROMANÍ, Oriol (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- SEPÚLVEDA, Mauricio; BAEZ, Francisco & Montenegro, Marisela (2008). *No en la puerta de mi casa. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia. Cuestiones emergentes.
- SOUTHWELL, Mat (2010). “People who use drugs and their role in harm reduction”. En Tim Rhodes & Dagmar Hedrich, (eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (101-104). Luxemburgo: Publications Office of European Union.
- SOUTHWELL, Mat (2008). “Consumer action and drug supply networks, unpublished report”. Available at <<http://tinyurl.com/consumeractiondealers>>.