

Modelo de Reducción de Riesgos y daños

SRM CARGOS®

Índice de contenido

1. Antecedentes y condiciones históricas del surgimiento del modelo de reducción de riesgos y daños.....	1
2. Modelo de reducción de riesgos y daños.....	3
2.1. Estrategias de reducción de riesgos y daños.....	7
¿Qué implica reducir daños jurídicos?.....	8
2.2. Dispositivos preventivos de umbral mínimo de exigencia.....	9
2.3. Dispositivos clínicos de umbral mínimo de exigencia.....	11
3. Análisis comparativo de los modelos abstencionista-prohibicionista y de reducción de riesgos y daños.....	13
Bibliografía consultada.....	14

Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos
del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de Psicología 2016 de S R M Cursos®

SRM Cursos®



En esta oportunidad, desarrollaremos el Modelo de reducción de riesgos y daños, sus antecedentes y condiciones históricas de surgimiento. Presentaremos la conceptualización del Modelo, sus estrategias de intervención en promoción de la salud y prevención específica en reducción de riesgos y daños. Recorreremos los dispositivos de umbral mínimo de exigencia intramurales y extramurales. Por último, concluiremos realizando un análisis comparativo entre los dos modelos de políticas públicas en materia de sustancias psicoactivas: el modelo abstencionista-prohibicionista y el modelo de reducción de riesgos y daños.

1. Antecedentes y condiciones históricas del surgimiento del modelo de reducción de riesgos y daños

Les voy a comentar un artículo de Olivier Ralet, un belga, licenciado en filosofía, que trabaja en el ámbito de la prevención en reducción de riesgos socio-sanitarios vinculados al uso de drogas y la auto-organización de usuarios.

En su artículo, "Condicionantes políticos y económicos. Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del problema de la droga", va a situar que el antecedente histórico más relevante del modelo de reducción de riesgos y daños, lo constituye la creación del Comité Rollerston en 1926 en Inglaterra.

Dicho comité de expertos estaba encargado de establecer las condiciones para una prescripción legítima de opiáceos por parte de los médicos, siendo dos las condiciones establecidas:

"[...] la primera establece una prescripción en dosis regresivas y durante un período limitado para facilitar una desintoxicación progresiva..."

"[...] la segunda condición es mucho más revolucionaria, ya que señala que una prescripción es legítima cuando es necesaria para que el paciente lleve una vida normal y socialmente útil. El uso de drogas ya no es considerado como un mal en sí, ya que se trata de reducir las consecuencias negativas de este uso."

El Comité Rollerston formuló las bases de un dispositivo de intervención llamado British System, que incorporaba la prescripción de drogas como la heroína y la cocaína.

El British System dejará su huella en la tradición de los médicos ingleses, a pesar de la disolución del Comité Rollerston a comienzos de la segunda guerra mundial. Esta tradición proveerá, entonces, las bases para la implementación del modelo de reducción de riesgos y daños como política pública en la ciudad de Liverpool, Merseyside, Inglaterra, en 1985.

De este modo, según Ralet, se constituyeron los pilares de un modelo de

¹ Ralet, Olivier (1999). "Condicionantes políticos y económicos .Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del problema de la droga". En *Contextos, Sujetos y Drogas. Un Manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ed. Grup IGIA y colaboradores, pp.39-47.(en línea).Recuperado el 6/09/2013, de <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextossujetosdrogas.pdf>



intervención alternativo al modelo abstencionista, que recibirá posteriormente el nombre de “reducción de riesgos socio-sanitarios vinculados al uso de drogas” o simplemente “reducción de riesgos”.

En los últimos 30 años en el contexto internacional surgen, en varios países europeos, nuevas corrientes de pensamiento que cuestionan los resultados de la política abstencionista-prohibicionista en materia de drogas.

Así, el modelo de reducción de riesgos y daños, surge como una alternativa posible al modelo hegemónico abstencionista situando las razones de su emergencia en dos hechos básicos:

1. En los países europeos los costos sanitarios, económicos y sociales de la emergencia de la epidemia de VIH/SIDA entre la población de consumidores de drogas intravenosas (UDIS) ha producido daños mayores que los producidos por las sustancias durante la década del 80. La epidemia del SIDA, a finales de los 80, según Anette Mino, se constituirá en: “el catalizador de los nuevos modelos preventivos y terapéuticos.”² Por eso, durante años el modelo de reducción de riesgos y daños estuvo fuertemente vinculado a la prevención de la epidemia del VIH-SIDA.
2. Por otro lado, el rotundo fracaso de la *política de tolerancia cero*, de *guerra contra las drogas*, que se manifiesta en los múltiples daños – jurídicos, sociales y sanitarios – infligidos a miles de jóvenes, pertenecientes a los sectores sociales subalternos, sometidos a procesos y reclusión carcelaria; aumento del número de consumidores; incremento de las intoxicaciones debido a las prácticas clandestinas de consumo de sustancias ilícitas; y desarrollo en progresión geométrica de las transacciones en el mercado clandestino de drogas o narcotráfico.

Se puede concluir que la legislación punitiva no ha producido *una reducción de la demanda ni una reducción de la oferta de sustancias prohibidas sino precisamente el efecto contrario, han aumentado las ganancias del circuito del narcotráfico vía los mecanismos de lavado de dinero.*

Pero además, como ya hemos expuesto, la privación de sustancias como condición de inicio de tratamiento ha conllevado, en muchos casos, a la deserción de los tratamientos, a desestabilizaciones diversas, como también a recaídas frecuentes posteriores al egreso de los tratamientos de internación. Y, es de destacar que, la inaccesibilidad al sistema de salud está determinada por criterios rígidos y selectivos que impiden el ingreso a los dispositivos de atención. Esta situación testimonia la dificultad que implica el abordaje de tratamientos centrados exclusivamente en la abstinencia obligatoria de sustancias, para todos por igual.

Estas condiciones históricas preparan el terreno para el despliegue del modelo de reducción de riesgos y daños – en algunas ciudades europeas – a partir de esta marca que ha dejado la epidemia del SIDA y las fallidas experiencias del enfoque abstencionista. Así, en los países europeos, se comienzan a implementar algunos

² Mino, Anette (1999). "Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias". En *Contextos, Sujetos y Drogas. Un Manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ed. Grup IGIA y colaboradores, p.334. (en línea). Recuperado el 6/09/2013, de <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextossujetosdrogas.pdf>

programas que constituyen los primeros pasos de las políticas públicas alternativas al modelo abstencionista-prohibicionista. Como lo hemos adelantado, es en Inglaterra, Escocia, en el condado de Merseyside, donde se desarrolla desde el año 1985 el “*modelo de reducción de daños de Mersey*”.

Este modelo, pionero en Inglaterra, se asienta en 3 ejes:

- 1) la suspensión de la medida penal a los consumidores detenidos por la policía y su derivación al programa de salud.
- 2) el intercambio de jeringas estériles por jeringas contaminadas, provistas por el programa para evitar la difusión de la epidemia de VIH-SIDA. Este dispositivo constituye una intervención de umbral mínimo de exigencia.
- 3) creación de una clínica de drogadependencias para la prescripción y provisión de metadona como sustituto de la heroína, como dispositivo de umbral máximo de exigencia.

A mediados de los 80, comienzan los primeros programas pioneros en Inglaterra, Holanda, más tardíamente, Francia y Suiza con experiencias comunitarias como las del barrio Goutte d' Or en París y el EPIC en Ginebra, luego, a mediados de los 90, en España y Portugal. Por lo contrario, en EEUU, la adopción del modelo abstencionista-prohibicionista, como se ha expuesto en clases anteriores, será hegemónica, por ende serán escasas allí las experiencias de intervención en reducción de riesgos y daños.

2. Modelo de reducción de riesgos y daños

Como cuestión previa a la exposición conceptual del modelo de reducción de riesgos y daños, es necesario establecer algunas definiciones respecto a que entendemos cuando hablamos de las categorías de *riesgo y daño*.

Es habitual encontrar – en la bibliografía que recopila las experiencias en el campo de la reducción de riesgos y daños – el uso indistinto de las denominaciones reducción de daños (*harm reduction*, en inglés) y reducción de riesgos (*réduction de risques*, en francés). Si bien estas denominaciones se utilizan en forma equivalente, es conveniente distinguirlas. Pues, tal como lo precisa el Grup Igia, es necesario definir previamente las categorías de riesgo y daño.

Riesgo: alude a la probabilidad de que un evento ocurra o no, a la posibilidad de evitar la producción de un daño. Por ejemplo: evitar compartir jeringas para prevenir la infección de VIH-SIDA, Hepatitis B y/o C.

Daño: es el hecho ya producido, instalado. Por ejemplo: haber contraído la infección de VIH-SIDA, hepatitis B y/o C.

Esta extensión de la denominación permite reconocer el abanico de diferentes tácticas y estrategias a implementar, tanto en el caso del daño ya producido como en la línea de atenuar las prácticas de riesgo y la instalación de daños futuros.

Recorreremos las publicaciones del Grup IGIA, una reconocida ONG que trabaja en el tema del consumo de drogas en Barcelona, así como los artículos de Lía Cavalcanti, psicopsicóloga brasileña que trabaja en París, y de G. Alan Marlatt –

psicólogo norteamericano de la Universidad de Columbia.

Estos trabajos ilustran – genéricamente – las diferencias de metodologías y estrategias en los distintos países en que se implementan estas concepciones de reducción de riesgos y daños.

Como ya hemos expuesto en módulos anteriores, algunos lineamientos del modelo sociocultural y del modelo psicosocial son incorporados en el modelo de reducción de riesgos y daños.

En el caso del **modelo sociocultural**, podemos situar los aportes siguientes:

- a) lugar y función que ocupan las sustancias en los colectivos sociales que variará según los macro y micro contextos históricos y culturales. Este enfoque permite distinguir como hemos visto, diferentes umbrales en el consumo de sustancias, pues se admite la existencia de usos heterogéneos de productos múltiples.
- b) los dispositivos de intervención social para promover la deconstrucción de mitos, creencias y prejuicios sobre las drogas y los usuarios.

Si examinamos el **modelo psicosocial**, ubicamos como aportes:

- a) la noción de un sujeto activo que sostiene diferentes modos de relación con las sustancias.
- b) estrategia de prevención inespecífica de promoción de la salud propiciando prácticas de autocuidado de la salud integral.

Oriol Romaní, antropólogo catalán, miembro de la Junta Directiva del Grup Igia, afirma que: “[...] para poder intervenir sobre el fenómeno de las drogas es necesario constatar la intrínseca interdependencia sujeto-contexto-sustancia [...]”³

O sea, que en la tríada de sujetos, contextos y sustancias, el modelo de reducción de riesgos y daños será el que precisamente articule el entrecruce de las tres dimensiones, la combinatoria de estos tres elementos, en forma equivalente.

Como ya se ha comentado en las clases N° 1 y 2 de este curso, por lo contrario, los otros modelos enfatizan una de las tres variables de la tríada en desmedro de las otras dimensiones. Entonces, sólo este modelo conceptualiza la complejidad del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas desde la inextricable interdependencia de los tres elementos: contextos, sujetos y sustancias.

En este modelo el **sujeto es activo**, y puede sostener diversos modos de vinculación con las sustancias psicoactivas. Por ello, es un principio central situar la diferencia entre un consumo simple de sustancias de un consumo problemático.

Los sujetos son concebidos como protagonistas responsables de sus cambios, ésto da cuenta del cambio de paradigma pues, al deconstruir el estereotipo segregativo de drogadicto, se los sitúa como ciudadanos como los demás, como sujetos de derecho.

³ Romaní, O. *Políticas e intervenciones en reducción de riesgos*. (1998). Barcelona: Ed. Grup Igia. cap.2-6.



Se diferencia así del modelo abstencionista, que conceptualiza a los consumidores de drogas como sujetos pasivos e irresponsables, y a la vez, contradictoriamente los nomina como *enfermos y delincuentes*.

En este enfoque de reducción de riesgos y daños, el lugar y función que ocupan las sustancias en los colectivos sociales variará según los macro y micro contextos históricos y culturales.

La importancia tanto de los contextos como de las representaciones sociales y culturales en la configuración del fenómeno del consumo de sustancias permiten definir y decidir el diseño de las estrategias de intervención más acordes según los códigos socioculturales macro y micro contextuales.

En esta dirección juegan un rol central los dispositivos de deconstrucción de mitos, prejuicios y creencias en relación a las drogas y los usuarios, ya mencionados anteriormente.

Respecto a las sustancias psicoactivas, que constituye el tercer componente de la tríada, podemos situar que en este modelo no se distinguen las sustancias por criterios de licitud o ilicitud, sino que se admite que las sustancias son heterogéneas entre sí. Algunas presentan riesgos a corto plazo, otras a mediano plazo y a largo plazo, como también las vías de administración presentan distintos niveles de riesgo, pero estas cuestiones obedecen a criterios extrajurídicos. Este enfoque permite distinguir diferentes umbrales en el consumo de sustancias, pues se admite la existencia de usos heterogéneos de productos múltiples.

El modelo de reducción de riesgos y daños proviene del campo de las políticas sanitarias y sociales, como decíamos, sus objetivos tienden entonces a disminuir, minimizar o reducir los efectos negativos o indeseados en el consumo de sustancias psicoactivas.

De acuerdo a distintos autores, entre ellos G. Alan Marlatt, los principios de la reducción del daño se basan en una filosofía pragmática y humanitaria, que toma en cuenta que las sustancias han acompañado a la humanidad desde tiempos remotos, cumpliendo distintas funciones.

Si nos basamos en las referencias freudianas en *El malestar en la cultura*, Freud sostiene que las sustancias siempre han tenido un lugar en la economía libidinal de los pueblos⁴. Se trata entonces de reconocer una cuestión estructural presente en la condición humana. Entonces, un principio fundamental para este enfoque será reducir el sufrimiento evitando daños mayores.

El Grup Igia, conceptualiza el modelo de reducción de riesgos y daños de la siguiente manera:

"[...] el modelo de reducción de riesgos y daños comprende diversas estrategias tendientes a la disminución de las consecuencias negativas del uso de sustancias psicoactivas (SPA), abarcando distintos caminos de acción para reducir daños sanitarios, sociales y jurídicos....evitando daños mayores que los producidos por el consumo de sustancias"⁵

⁴ Freud, Sigmund (1929/1930) "El malestar en la cultura". En *Obras Completas*. Tomo III. Cap.2. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva3ª edición. Págs. 3023-3030.

⁵ *Políticas e intervenciones en reducción de riesgos*. (1998). Barcelona: Ed. Grup Igia. cap.2-6.



Es interesante el enfoque, dado que este modelo de *objetivos intermedios* es llamado así pues alude a caminos intermedios, alternativos a la abstinencia obligatoria de sustancias, propiciando gradualmente, paso a paso, *step by step*⁶, programas, estrategias, intervenciones y dispositivos más flexibles y adecuados a las características y posibilidades subjetivas de los consumidores.

Esto permite que estas intervenciones contemplen cierta regulación de los consumos de los sujetos para responsabilizarlos de sus prácticas – *consumo responsable y regulado* – sin descartar la abstinencia de sustancias como una opción más, según la singularidad de cada quien. Según Marlatt, “estas estrategias se basan en el tratamiento a demanda: respetar la decisión de los consumidores de elegir la modalidad de tratamiento más acorde a sus posibilidades.”⁷

Me interesa enfatizar que los lineamientos conceptuales del modelo de reducción de riesgos y daños se inscriben en la anudación del lazo social, y la aceptación de las diferencias en el marco de la construcción de ciudadanía y derechos humanos.

Estas formulaciones parten de la práctica que indica que: a mayor situación de exclusión y segregación con la consecuente vulnerabilidad socio-sanitaria, se corrobora una mayor incidencia de prácticas de riesgo.

Las respuestas de control social punitivas y penalizadoras, efectos de la alarma social que el fenómeno convoca, son las que empujan a una mayor segregación y por ende, a mayores riesgos.

Las condiciones de segregación y exclusión de estas poblaciones vulneradas en sus derechos ciudadanos se relevan como indicadores del aislamiento y fragmentación de los lazos sociales en la trama comunitaria circundante.

En la misma línea de argumentación, las categorías de **accesibilidad y participación comunitaria** serán también ejes conceptuales centrales que incorpora este modelo desde las experiencias de atención primaria de la salud (APS).

El criterio de accesibilidad apunta a propiciar intervenciones que generen canales fluidos, legitimados, confiables y amigables con los consumidores de sustancias para precisamente garantizar sus derechos a la salud, educación e inclusión social en el marco de construcción de ciudadanía y respeto a los derechos humanos.

La participación comunitaria es un concepto que permite resituar el lugar estratégico de las intervenciones, a partir de una mayor participación y compromiso de la comunidad y de los propios consumidores en la identificación y resolución de los problemas relacionados con las drogas. Las intervenciones en este campo del consumo de sustancias deben articularse desde una perspectiva interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial que permita diseñar estrategias, programas y dispositivos que tomen en cuenta la complejidad y heterogeneidad del fenómeno del consumo.

⁶ Marlatt, G.Alan. Reducción del daño: *Principios y estrategias básicas*”. Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Cádiz, pp.1-16.

⁷ Marlatt, G.Alan. Reducción del daño: *Principios y estrategias básicas*”. Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Cádiz, pp.1-16.

En este sentido, las intervenciones de reducción de riesgos y daños deben estar articuladas con los distintos niveles de intervención posibles, tanto en el ámbito preventivo como asistencial.

Desde mi práctica y de las enseñanzas que se extraen de las experiencias del grupo ginebrino EPIC⁸ y de las experiencias del proyecto EGO, coordinado por Lía Cavalcanti, en el Barrio Goutte D'Or en París, se puede plantear que para implementar estas estrategias es necesario interpelar y deconstruir los discursos hegemónicos segregativos sobre el uso de drogas, los consumidores y sus modos heterogéneos de relación con sustancias psicoactivas múltiples.

2.1. Estrategias de reducción de riesgos y daños

El modelo abstencionista-prohibicionista centra su estrategia en sustraer a los individuos del contacto con las drogas, mediante instrumentos legales y medidas de aislamiento, de evitación del contacto con las drogas.

Por el contrario, desde el modelo de reducción de riesgos y daños, las estrategias tienden a generar canales de acceso y participación hacia la población consumidora de drogas. Con ello, se amplía el ámbito de las intervenciones hacia la comunidad y se desplaza así el centro de gravedad de las intervenciones intramuros a las acciones extramuros. Como veníamos diciendo, este enfoque oferta un abanico de posibilidades que invita precisamente a desplegar distintos tipos de intervenciones. Por ello, no se trata de un camino lineal, estereotipado y simplista que conduciría exclusivamente a la supresión o abstinencia obligatoria de sustancias.

Me interesa situar, de todos modos, que el enfoque de reducción de riesgos y daños contempla una serie de estrategias generales comunes a diversos contextos, que permiten diseñar e implementar intervenciones.

Estas estrategias generales están orientadas a:

- 1) Evitar la disminución de la edad de inicio en el consumo de sustancias.
- 2) Evitar el pasaje del uso a la adicción.
- 3) Contactar a un número mayor de consumidores que no accede al sistema de salud en sus escenarios habituales de consumo, como diría G. Alan Marlatt: "Conocerte donde estás y no, donde deberías estar".⁹

Las estrategias de reducción de daños se inscriben en una perspectiva *transversal* que atraviesa dispositivos de prevención y tratamiento, que extienden el horizonte de las intervenciones a diversos contextos: sanitarios, comunitarios, laborales, educativos tanto intramurales como extramurales.

Estas estrategias pueden destinarse a un amplio espectro de la población:

⁸ Grupo EPIC. Équipe de Prévénition et d'Intervention Communautaire.

⁹ Marlatt, G. Alan (1998). "Reducción del daño: Principios y estrategias básicas". Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Cádiz.

consumidores potenciales, ocasionales y activos, de diferentes tipos de sustancias, y diversas vías de administración.

Por ello, las estrategias también deben contemplar una gama variada de *objetivos específicos* a alcanzar, según la particularidad de cada contexto de intervención y las posibilidades subjetivas de cada individuo.

Tal como ya hemos expuesto, las sustancias son heterogéneas y presentan riesgos a corto, mediano y largo plazo. Si se piensa desde estos criterios, es posible planificar intervenciones diversas y graduables según las características y posibilidades subjetivas de los consumidores, que puedan incluir:

- a) cambios en las vías de administración, de más riesgosas a menos riesgosas. Por ejemplo: pasaje del consumo de cocaína por vía inyectable al consumo de cocaína por inhalación.
- b) promover el pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas. Por ejemplo: pasaje de fumar pasta base de cocaína a fumar marihuana.
- c) disminución de dosis y frecuencia: es un modo de regular el consumo de sustancias.
- d) reducción del patrón de uso múltiple de sustancias: la combinatoria o mezcla de sustancias promueve riesgos mayores de intoxicación o de sobredosis.
- e) adopción de medidas de cuidado previas, durante y posteriores al consumo. Por ejemplo: es conveniente haber ingerido un alimento previo al consumo de alcohol; medidas durante el consumo: por ejemplo, evitar distintas combinaciones o mezclas de alcoholes, y alternar con jugos de frutas o agua; medidas posteriores: no conducir un vehículo bajo los efectos de la ingesta de alcohol y/o otras sustancias.
- f) inclusión del consumo en escenarios “amigables” y conocidos: los contextos conocidos o amigables del consumo son escenarios menos riesgosos que los desconocidos.

Estas intervenciones *específicas* permiten reducir daños y riesgos sanitarios, pues pueden ser planificadas gradualmente, paso a paso, no implican un camino lineal para todos por igual, sino opciones alternativas según las posibilidades y demanda de cada quien.

¿Qué implica reducir daños jurídicos?

Implica sustraer a los consumidores de drogas del circuito penal, como ya hemos visto en anteriores clases, la ley 23.737 penaliza la tenencia para consumo personal e incluye dos medidas.

En particular, me interesa resaltar la medida de seguridad curativa que obliga a realizar un tratamiento coercitivo como alternativo a la pena de prisión.

En clases anteriores, hemos desarrollado las consecuencias que la penalización de la tenencia para consumo personal acarrea a los consumidores pues refuerza el contacto con la delincuencia, su aislamiento y estigmatización quedando así



atrapados en un círculo vicioso que dificulta por años su acceso al trabajo, la educación y la inclusión social.

En la actualidad, los diversos proyectos legislativos que abogan por la despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal esperan su turno desde hace tiempo para ser tratados en el Congreso Nacional.

Entonces, reducir daños jurídicos significa desincriminar a los consumidores de drogas: "les da acceso a derechos, a un estatus social. Es un modo de reinscribir al sujeto separado de todo, en un discurso, en un lazo social."¹⁰

Entonces, estos criterios permiten reducir riesgos y daños sanitarios, jurídicos, sociales, pues posibilitan la accesibilidad al sistema de salud, el ingreso en una legalidad, al situarlos como ciudadanos, como sujetos de derecho.

O sea que, ofrecen alternativas de acuerdo a las posibilidades singulares de cada consultante, a diferencia del modelo abstencionista-prohibicionista que se centra exclusivamente en la abstinencia forzosa como imposición universal para todos por igual.

El modelo de reducción de riesgos y daños contiene múltiples estrategias destinadas a las intervenciones preventivo-asistenciales en consumos de sustancias psicoactivas que no parten de una valoración moral hacia los consumidores de drogas.

Estas estrategias tienen la particularidad de constituir más bien un conjunto de prácticas heterogéneas que varían de país a país, no constituyen algo unívoco ni uniforme; son diferentes estrategias pragmáticas que se diseñan de acuerdo a la particularidad contextual.

2.2. Dispositivos preventivos de umbral mínimo de exigencia

En principio, desde el modelo de reducción de riesgos y daños, se denominan *dispositivos de umbral mínimo de exigencia o de baja exigencia* a aquellos dispositivos que no exigen la privación de sustancias psicoactivas como condición de inicio para un tratamiento y que admiten la posibilidad de incluir regulaciones en el consumo de sustancias.

Como ya se ha dicho a lo largo de esta clase, surgen como una alternativa a las concepciones tradicionales de tolerancia cero y diseñan sus intervenciones de acuerdo a una gradualidad que toma en cuenta las posibilidades subjetivas de los individuos y de los contextos en que se inscriben sus acciones.

Los dispositivos de umbral mínimo de exigencia pueden ser preventivos, asistenciales, intramurales o extramurales.

En particular desarrollaremos ahora los *dispositivos preventivos de intervención de umbral mínimo de exigencia*.

Se refiere a aquellos dispositivos de prevención que extienden sus acciones fuera de los muros tradicionales del sistema de salud, desplazan el centro de sus

¹⁰ Laurent, Éric. Discurso de Apertura al Congreso de la AMP. Año 2008.

intervenciones en otros ámbitos; puede ser en calle, en plazas, en ámbitos educativos.

En particular, las intervenciones sociales en reducción de riesgos se sustentan en el *trabajo de acercamiento en calle (outreach work)* con los consumidores de drogas que realizan equipos de promotores u operadores entrenados específicamente. A estos equipos pueden sumarse trabajadores de la salud específicamente entrenados que sean referentes legitimados en el trabajo con la población local. Por ejemplo, las intervenciones del grupo ginebrino EPIC que realizan un trabajo de acercamiento comunitario con los consumidores de sustancias y entrelazan redes con los actores comunitarios. O también la experiencia de trabajo de acercamiento en calle de un equipo interdisciplinario del Centro de Día *La otra base de encuentro* que luego expondremos. Estos dispositivos permiten conocer a los sujetos en su territorio y permiten optimizar la planificación y evaluación de acciones.

Estas intervenciones se inscriben precisamente en la línea de promover el anudamiento del lazo social que habilite canales de acceso sanitario y social para esta población y evite la conformación de colectivos segregados de consumidores

A la vez, la implementación de la metodología de tipo horizontal de transmisión entre pares facilita el contacto y transmisión a *distancia mínima* que se realiza en ámbitos confiables y alojadores.

Por ello, Cavalcanti¹¹ convoca a resituar las intervenciones comunitarias implementando metodologías participativas que involucren a diversos actores intervinientes en las tramas locales para construir entramados, redes, que incluyan gradualmente a la población consumidora de sustancias para reducir los riesgos que los procesos de segregación promueven en estas poblaciones.

El modo de abordar el consumo de drogas desde el modelo de reducción de riesgos y daños propicia alternativas que permiten elevar la calidad de vida de los consumidores y para quien mantiene una relación problemática con las sustancias, promoviendo orientaciones para responsabilizarlos de sus prácticas generando espacios de participación e inclusión.

Por ello, en el diseño, implementación y sustentabilidad de estas estrategias de intervención en distintos ámbitos – sociales, sanitarios, educativos – requiere de un diagnóstico de tipo participativo, que incluya el análisis y evaluación de los factores obstaculizadores y facilitadores sociales, culturales, sanitarios y jurídicos, macro y microcontextuales, en que se inscriben las acciones. De este modo, se involucra a los actores sociales intervinientes en las tramas sociales y comunitarias objeto de la intervención.

Mitos, creencias y estereotipos orientan las prácticas cotidianas de los individuos; es necesario el trabajo de deconstrucción de estos discursos cristalizados *segregativos* que alojan la "*problemática de la droga*" como *desviación social, delito o enfermedad*.

Estos *constructos* constituyen verdaderos obstáculos socioculturales. Por ello, el trabajo de intervención requiere de un tiempo de sensibilización y de

¹¹ Cavalcanti, Lía (1996). "Intervenciones comunitarias en el campo de las toxicomanías". Medellín: GRITO: CCI-FIUC, pp.49-61.

comprensión para la apropiación de nuevos recursos y el cambio de prácticas, por parte de los destinatarios y de las tramas comunitarias y sociales que los rodean.

La eficacia de la metodología participativa de intervención comunitaria reside en la formulación de estrategias focalizadas y localizadas acordes a códigos socioculturales, etarios y de género de los destinatarios de las intervenciones.

Un tema central para el desarrollo de las estrategias de intervención en reducción de riesgos y daños radica en diseñar estrategias y dispositivos comunicacionales que se enhebran precisamente con los objetivos de las intervenciones. Estos dispositivos comunicacionales permiten crear vías facilitadoras de primer contacto para sensibilizar a la población consumidora mediante materiales de difusión.

Por ello, es importante desarrollar diversos soportes comunicacionales tales como folletos, adhesivos, cartillas, posters, murales, historietas, banderines o banderas, videos, con mensajes preventivos tendientes a promover cambios en las actitudes y representaciones sociales segregativas, que faciliten la apropiación de prácticas responsables del cuidado del cuerpo y eviten daños mayores.

La elaboración de las piezas comunicacionales debe ser el resultado de la producción colectiva de los destinatarios de las intervenciones. De este modo, las apelaciones en sus contenidos y modos de expresión serán acordes a los códigos socioculturales propios de la población objetivo.

En este sentido, es importante destacar las características que deben reunir los soportes comunicacionales para producir apelaciones eficaces:

- a) piezas de pequeños formatos con mensajes que involucren a los receptores.
- b) que las apelaciones mantengan un estilo coloquial, humorístico y metafórico. Estos estilos narrativos se diferencian claramente de las campañas comunicacionales abstencionistas.

2.3. Dispositivos clínicos de umbral mínimo de exigencia

Como ya hemos expuesto, *los dispositivos de umbral mínimo de exigencia se denominan así pues conciben la abstinencia no como un objetivo en sí mismo sino por añadidura*; surgen entonces como una alternativa a las concepciones tradicionales de tolerancia cero.

Esta denominación – umbral mínimo de exigencia –, desde el modelo de reducción de daños, alude a un dispositivo de tratamiento que no plantea la abstinencia obligatoria de sustancias como precondition para el inicio o el despliegue de un tratamiento, y que no desestima la posibilidad de cierta regulación en el consumo.

Me interesa situar aquí que, desde estos dispositivos de umbral mínimo de exigencia, es posible sostener tratamientos enmarcados en la aplicación de ciertos principios del psicoanálisis con inclusión de criterios de reducción de riesgos y daños.

En este punto, quiero intercalar algunas consideraciones acerca del

acompañamiento del psicoanálisis a ciertos criterios de reducción de riesgos y daños.

En principio, es necesario aclarar que el modelo de reducción de riesgos en algunas de sus aplicaciones en ciertos contextos, incorpora sólo las terapias conductistas, acompañando a los tratamientos basados en la sustitución de heroína por metadona. Esta es la posición adoptada por Jean Jacques Déglon, un psiquiatra suizo, "...proclama su adscripción a los principios y estrategias de reducción de daños desde una visión personalísima y ultramedicalizada de los tratamientos de reducción de daños".¹²

Plantea que sólo son eficaces las terapias conductistas para acompañar estos tratamientos, desestimando así al psicoanálisis. La concepción de sujeto que se sostiene desde esa perspectiva conductista es en términos de evaluación de respuestas a determinadas pautas prescriptivas. Es un modelo lineal causa-efecto, que no considera el lugar que ocupan los consumos problemáticos en la economía libidinal de cada quien. Los invito a que lean con más detalle sobre este tema, en la bibliografía ya citada oportunamente.¹³

Para el psicoanálisis, por el contrario, es central ubicar el valor o función enigmática que ocupan las drogas en la problemática del sujeto. Precisamente se tratará de localizar en la singularidad de cada individuo, a qué otra satisfacción paradójica responde este intento de *solución o recurso* para anestesiar el dolor.

La "adicción" no es una entidad clínica en sí misma, es un fenómeno que atraviesa las distintas estructuras clínicas a las neurosis, psicosis y perversión.

La lógica de estas intervenciones de umbral mínimo de exigencia, pensadas desde el psicoanálisis, se sitúan en el intento de articular los momentos de inicio del consumo, aumento del consumo, como también la decisión de consultar en determinada coyuntura histórica del sujeto. Para ello, es fundamental contar con diversas intervenciones tendientes a propiciar el alojamiento del sujeto en la transferencia, situando las coordenadas reales, simbólicas e imaginarias del consumo, que permitan incluir una intervención relativa a disminuir los riesgos de sus prácticas. Por ejemplo, propiciando un intervalo en el ritual del consumo.

En estos dispositivos de umbral mínimo de exigencia la modalidad de tratamiento implica entonces una *apuesta desegregativa* que apunta a promover la desmasificación, ubicando la singularidad de cada quien, en la conducción de cada tratamiento.

Podría pensarse entonces que desde la clínica del psicoanálisis se pueden acompañar estas estrategias en tanto se inscriben en el reconocimiento de las complejas relaciones que establecen los sujetos con los nuevos modos de gozar en la cultura. Es por ello que tomar en cuenta estas estrategias tiene relación con la inclusión – de los que tienen problemas por el uso de drogas – en las instituciones públicas sociales y sanitarias; es por ello también, que implican cierto alojamiento de estas personas.

¹² Quevedo, Silvia (2007). "Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía un caso ejemplar". (en línea). Recuperado el 14/09/2013, de <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-sobre.htm>

¹³ Quevedo, Silvia (2007). "Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía un caso ejemplar". (en línea). Recuperado el 14/09/2013, de <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-sobre.htm>

3. Análisis comparativo de los modelos abstencionista-prohibicionista y de reducción de riesgos y daños

Realizaremos un análisis comparativo de los dos modelos que disputan actualmente el escenario de las políticas públicas en materia de drogas: el modelo abstencionista-prohibicionista y el modelo de reducción de riesgos y daños.

El enfoque abstencionista tiene por objetivo lograr una sociedad libre de drogas, por ello es que se sitúa en el paradigma prohibicionista de *guerra contra las drogas*. El modelo preventivo-asistencial abstencionista-prohibicionista se orienta desde el modelo de la enfermedad y de la respuesta penal al fenómeno del consumo. Sus estrategias y dispositivos no reconocen otros caminos alternativos a la supresión obligatoria de sustancias, como condición de inicio y despliegue de un tratamiento. Desde esta perspectiva cualquier consumo de sustancias se equipara a un consumo problemático o una adicción.

El objetivo central, entonces es lograr la abstinencia de sustancias, y a este objetivo se subordina cualquier otra meta. Por ello, sus dispositivos de tratamiento se organizan bajo criterios de umbral máximo de exigencia: son tratamientos por etapas, para todos por igual, regulados por preceptos y pautas prescriptivas que ponen a distancia sustancias y entornos que las rodean. Los tratamientos son homogeneizantes y uniformizantes, no sitúan las complejas relaciones que los individuos sostienen con las sustancias ni la función que ocupan en la subjetividad de cada quien.

Desde el punto de vista preventivo, sus **estrategias preventivas son específicas** tienen por meta sólo la abstinencia y evitar el contacto con las drogas, se dirigen a la reducción de la oferta y la demanda mediante la prevención del consumo de sustancias y penalización de la tenencia para consumo personal. Sus apelaciones se caracterizan por el tono atemorizador, alarmista y estereotipado en sus contenidos y no informan sobre prácticas de cuidado de la salud.

El modelo de reducción de riesgos y daños conceptualiza las problemáticas del consumo de sustancias psicoactivas desde una perspectiva pragmática, orientada por principios humanitarios tendientes a reducir el sufrimiento.

Este enfoque se caracteriza por estrategias múltiples encaminadas a reducir las consecuencias negativas del consumo de distintas sustancias psicoactivas, en contextos diferentes, dirigidas a destinatarios de distintas edades y códigos socioculturales y de género. Por ello, este enfoque presenta propuestas de intervención que se caracterizan por ser *transversales, variadas, múltiples, flexibles, creativas, y heterogéneas*. Los tratamientos son singulares y no impuestos, donde la abstinencia surge por añadidura.

Los dispositivos preventivos y asistenciales se orientan con criterios de umbral mínimo de exigencia, siendo acordes a los requerimientos singulares y a las particularidades contextuales.

Sus estrategias preventivas se asientan en metodologías participativas de construcción de redes sociales con los actores involucrados en las tramas



comunitarias, donde los consumidores son considerados como protagonistas de sus cambios, sujetos activos y responsables.

Estas intervenciones se orientan entonces en el marco de construcción de ciudadanía y respeto a las diversidades.

En el próximo módulo 4 ,finalizaremos el recorrido iniciado con este curso. Les cuento que en ese módulo Uds. podrán contar con una entrevista videograbada sobre los lineamientos de la Propuesta actual del Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones (Ex CENARESO) realizada a la Interventora General Lic. Edith Benedetti. Los espero en los foros.

Bibliografía consultada

Bloch, Claudio (2013). "Floreal Ferrara, un irreverente de la salud pública argentina" (en línea). Recuperado el 16/09/2013, de <http://www.saludyderechos.org.ar/2013/03/floreal-ferrara-un-irreverente-de-la.html>

Cavalcanti, Lía (1996). "Intervenciones comunitarias en el campo de las toxicomanías". Medellín: GRITO: CCI-FIUC, pp.49-61.

Grup Igia (1998). *Políticas e intervenciones en reducción de riesgos*. Barcelona: Ed. Grup Igia. Cap.2-6.

Marlatt, G.Alan (1998). "*Reducción del daño: Principios y estrategias básicas*". Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Cádiz.

Quevedo, Silvia (2007). "Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía un caso ejemplar". (en línea).Recuperado el 14/09/2013, de <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-sobre.htm>

Ralet, Olivier (1999). "Condicionantes políticos y económicos. Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del problema de la droga". En *Contextos, Sujetos y Drogas. Un Manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ed. Grup IGIA y colaboradores, pp.39-47(en línea). Recuperado el 6/09/2013, de <http://www.grupigia.org/wpcontent/uploads/contextossujetosdrogas.pdf>

Romaní, Oriol (1999). "Bloque I: el contexto sociocultural". En *Contextos, Sujetos y Drogas. Un Manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ed. Grup IGIA y colaboradores, pp.23-25 (en línea).Recuperado el 6/09/2013, de <http://www.grupigia.org/wpcontent/uploads/contextossujetosdrogas.pdf>