



**LOS NUEVOS RETOS-DESAFIOS DE LA
REDUCCIÓN DE RIESGOS**

Lía Cavalcanti.
Psico-socióloga.
Directora General de la Asociación EGO, París.
Consultora de la Comisión Europea.

Traducción de Antonio Muñoz Casado.
Médico.
Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz.

PREÁMBULO.

En un mundo que esta sufriendo cambios importantes inducidos por la mundialización¹, la precariedad económica genera nuevas formas de marginación social. Un gran numero de personas, se encuentran así en proceso de exclusión, de desafiliación social y cultural. En los barrios populares, la intensificación de la pobreza hacia formas, siempre mas criticas de precariedad social, genera tensiones y a veces violencia. La inseguridad real, pero también un sentimiento de inseguridad creciente acaban por “criminalizar la pobreza” empujando a nuestras sociedades hacia ideologías de seguridad.

El consumidor de drogas, delincuente, puesto que es consumidor de drogas ilegales, se vuelve entonces, el objeto central de estas ideologías. Junto al terrorismo, “el toxicómano” se transforma en diana de miedos individuales y colectivos.

¹ Por mundialización se define a una serie de mutaciones que transforman la economía internacional hasta el punto de crear un mercado mundial.

Representado como amenaza para el orden público y para la seguridad de las personas, hay que perseguirlo a cualquier precio. La presión social resultante, cuya fuerza se conoce en los debates públicos sobre las drogas, empujan a los políticos, incluyendo a los más “lucidos”, a poner en tela de juicio los dispositivos de la RDR². Asistimos a la vuelta del discurso moral (con carácter eminentemente emocional) en relación con las drogas. Se manifiesta por la demanda de reforzar la represión y la defensa de la abstinencia como únicos recursos a considerar.

La reducción de riesgos, fragilizados por una inscripción insuficiente en los marcos legislativos nacionales, se transforma en el corazón de la tormenta y sus fundamentos se ponen en duda. En un número nada despreciable de países, la credibilidad de los programas de reducción de riesgos ha disminuido hasta el punto de poner en peligro su existencia.

El tiempo de la reflexión crítica se impone.

LA RDR: SUS EXPERIENCIAS Y SUS DEBILIDADES.

La RDR, a partir de los años 80, se inscribe en el marco de las políticas públicas, llamadas de lucha contra las toxicomanías. Los principales objetivos, a parte de la reducción y a veces la estabilización del consumo, son el mejorar las condiciones de vida de los UD³ (3), y muy particularmente su estado de salud. Esta política de salud pública está centrada en la reducción de riesgos sanitarios y sociales relacionados con el consumo de drogas, sin exigir una parada previa del consumo. Directamente inspirada en la lucha contra el SIDA, esta política se centra sobre la prevención de los riesgos infecciosos.

En Europa, es en 1985 cuando los Países Bajos ponen en marcha, de forma oficial, los programas de RDR; el Reino Unido lo hace a partir de 1987 y Suiza y España en el 90, Francia no lo hace hasta el 94 demostrando que los diferentes con-

² RDR.- Reducción de riesgos.

³ UD: consumidores de drogas.

textos políticos nacionales tenían un peso importante en la elaboración de las “políticas de drogas”, a pesar del desarrollo de la epidemia del SIDA.

Fuera de Europa, otros países desarrollan programas y acciones: Canadá, Estados Unidos, Australia, Brasil, Argentina, Chile, Uruguay, Rusia, Polonia, Republica Checa, Eslovaquia y mas recientemente La India, Tailandia, Nepal y Vietnam. Evidentemente, los escenarios se diferencian de forma importante de un país a otro, sin ninguna homogeneidad entre ellos, teniendo en cuenta las diferentes realidades y legislaciones nacionales. La devastación causada por la epidemia del SIDA puede ser el único denominador común entre estas situaciones tan diversas.

Dispensar jeringas y materiales de prevención estériles, ofrecer tratamientos de sustitución a los opiáceos vendidos en la calle, asociar los consumidores con las acciones de prevención, constituyen iniciativas, a veces muy difíciles de llevar a cabo, puesto que remueven viejas certitudes y credos que sostienen que la única salida a la droga es la abstinencia y que cualquier otra estrategia es señal de capitulación.

Si ha sido posible instituir algunas de estas medidas, es porque frente a la terrible y mortífera epidemia del SIDA, los resultados de la RDR han sido rápidos e inestimables, a saber:

- la disminución importante de la prevalencia de VIH.
- la bajada de las muertes por sobredosis.

Sin embargo, otras experiencias también llaman la atención, ya que los programas de RDR han:

- contribuido a una disminución y estabilización del uso de drogas.
- permitido reemplazar las drogas de la calle, ilegales y a veces adulteradas, por medicamentos prescritos.
- producido cambios en las formas de administración, haciendo disminuir el uso de la vía intravenosa.

- ayudado a contactar y a mantener el contacto con los UD mas marginales.
- facilitado el acceso de los UD a los centros de tratamientos y a los diferentes servicios sociales.

Si estos aspectos han hecho avanzar a la política de RDR, otros han sido menos desarrollados, secundarizados o francamente ocultados en la mayoría de programas:

- el trabajo comunitario, necesario para favorecer el desarrollo de las practicas de contacto que permiten mejorar las condiciones de acceso a nuevas personas, particularmente marginales "intocables", así como a sus lugares de consumo, han sido muy poco desarrolladas. Permitiría observar y describir las circunstancias de los usos con riesgo a fin de adaptar respuestas pertinentes , a la vez sanitarias y sociales. En efecto, para que un mensaje de prevención sea creíble, es necesario que se tenga en cuenta la percepción de riesgo de las personas afectadas y de su grupo de pertenencia. Conocer su manera de "decir" y "hacer", sus modos de vida y supervivencia, en otros términos, tener en cuenta, tanto las diferentes trayectorias individuales como los estilos de vida, es la forma mas pertinente de comunicar y actuar eficazmente. Por todas estas razones, es necesario implicar al asador de drogas como actor de prevención. De ahí el interés de reforzar la acción de los grupos de auto-ayuda.
- Los sistemas de alerta precoces para informar de manera eficaz y rápida sobre la calidad de los productos consumidos y sobre la peligrosidad de eventuales consumos se han desarrollado de forma muy desigual como estrategia de RDR. Es necesario esforzarse mas.
- Los dispositivos de acogida de bajo umbral, de alojamiento y de ayuda a la supervivencia, abiertos las 24 h, pueden aportar respuestas mas adaptadas a las urgencias sociales de un publico generalmente muy marginal, asegurando una mayor continuidad en la aplicación de las prescripciones sanitarias. Sin embargo son escasas y cuando existen, su capacidad de acogida es insuficiente. Es evidente que la precariedad social y el vagabundeo generan riesgos mayores comparados a los de los consumidores de drogas. La precariedad de las condiciones de vida aumenta la dificul-

tad de acceder a las redes socio-sanitarias, aumenta las practicas de riesgo y acelera la degradación del estado de salud de este publico, tanto o mas que el ritmo de vida de una parte importante de los consumidores de drogas y sobre todo de los consumidores de crack que son a menudo caóticos y desfasados, en comparación al funcionamiento clásico de los servicios de ayuda a los toxicómanos.

- Incluso si la colaboración con la policía esta contemplada en los principios generales de la RDR, esta practica dista mucho de ser satisfactoria sobre la marcha. Desarrollar nuevas formas de trabajo (incluso de colaboración) entre actores, equipos RDR y servicios de policía es necesario. Esta cooperación debe hacerse con el total respeto de las prerrogativas de cada uno. Integrar a la policía como parte de la política de RDR es necesaria para mejorar la coherencia de los dispositivos locales, pero sobre todo para hacer evolucionar la representación de estos servicios sobre la toxicomanía y sobre los toxicómanos, lo que representa sin duda, un importante vector de la disminución de riesgo.

- Algunos públicos, particularmente vulnerables, se han beneficiado muy poco de los programas de RDR, tales como:

Los jóvenes consumidores, que desarrollan comportamientos de riesgo (inyecciones, policonsumos de fármacos y drogas de síntesis) y se mantienen a distancia de los servicios especializados para toxicómanos. Estos jóvenes constituyen una población a tener en cuenta, de forma prioritaria. Apoyarse sobre servicios no etiquetados de "toxicómanos" y sobre sus redes sociales (prevención para los semejantes) son estrategias para adoptar de forma complementaria. Esto supone que la política de RDR integra los comportamientos de uso excesivo (o abusivo) en su campo de intervención, sin tener en cuenta solamente la dependencia.

Los consumidores de drogas encarcelados. La presencia de R-DR en el universo carcelario, es con mucho, minoritario en Europa (y totalmente insistente en el resto del mundo). Sin embargo, los programas orientados hacia la distribución de materiales de inyección estéril y de sustitución son extremadamente necesarios en los espacios donde reina una gran promiscuidad.

Los grupos étnicos minoritarios. Frente al aumento creciente del flujo migratorio, es urgente ampliar la prevención de riesgos y la reducción del daño a estos grupos étnicos minoritarios, adaptando los mensajes y las prácticas de intervención a sus contextos particulares: culturales, sociales y económicos, sin olvidar la importancia de su situación jurídico-administrativa (demandadores de asilo, en situación irregular).

La “Reducción de riesgos” ha puesto en evidencia los peligros asociados por compartir jeringas y como respuesta a esta práctica peligrosa ha centrado los mensajes de prevención entorno al uso “personal” de las jeringas. Ahora, es necesario demostrar la importancia del uso “único”, no solamente de la jeringa, sino del conjunto de materiales (cuchillas, algodones, filtros, etc.); prevención secundaria.

Es urgente e imperativo que la RDR sea capaz de diversificar el panel de herramientas de intervención disponibles, teniendo en cuenta las innumerables posibilidades de riesgos (mortales incluidos) asociados a otras formas de consumo, a parte de la vía inyectada, a saber: vía pulmonar (fumada), vía intranasal (esnifada), y vía oral (tragada). Cada una de estas formas de uso presenta riesgos importantes, tanto a nivel somático como psíquico, lo que nos incita a reflexionar y reaccionar con agudeza. También hay que considerar los riesgos asociados al uso de sustancias, tales como la cocaína y particularmente el consumo del crack, los polítotoxicómanos de fármacos y los consumos de drogas de síntesis.

Pero sin ninguna duda, la principal queja que podemos achacarle a los programas RDR (que innegablemente han sabido hacer frente a la epidemia del SIDA) es la tendencia a centrarse sobre una noción de riesgo reducida a la dimensión estricta y directamente sanitaria, las dimensiones sociales (marginalidad, ausencia de derechos), económicas (pobreza, exclusión) y relacionales (rupturas familiares y desafiliación) han estado casi totalmente ausentes del repertorio de sus intervenciones. Y más grave aun, esta visión reduce al consumidor al papel de “contagioso”.

El humanismo intrínseco a la filosofía de la RDR emplazan al consumidor en el corazón de su acción como sujeto con tendencia a ser remplazado por un modelo de intervención utilitario, de lucha contra las enfermedades infecciosas (los peli-

gros relacionados con la propagación de la Hepatitis C no hacen mas que reforzar este movimiento).

De sujeto teniendo sus derechos, el consumidor de drogas se desliza insidiosamente hacia un rol de “asistido” donde se encuentra atrapado.

Reducida a una visión estrictamente sanitaria, que fue su primera justificación, la RDR ha olvidado los riesgos inducidos por la ideología de la seguridad. La epidemia del SIDA ya no es objeto de miedos ni temores irracionales. Los tratamientos antirretrovirales nutren de ilusión a una pesadilla que se acaba.

El temor y el miedo se desplazan hacia otras miras y la utilidad de la RDR es cada vez mas criticada. Sobre todo cuando la inseguridad toma forma de debate publico generando, muy frecuentemente, amalgamas entre toxicomanía y violencia urbana. La focalización mediática sobre estas cuestiones asocia al consumidor de drogas con la criminalidad y aumenta a su vez el sentimiento de inseguridad. Estas representaciones exacerbaban las tensiones y las desigualdades y son peligrosas para la democracia. Se construyen en la negación de los determinantes sociales de la inseguridad, tales como el paro, la calidad de vida y la precariedad.

Para sobrepasar esta tendencia pesada, es importante reconstruir la reducción de riesgo sobre bases de un nuevo pacto social que asocie la responsabilidad individual a la solidaridad. Su acción deberá apoyarse sobre una doble exigencia: de una parte, tener en cuenta, no solo a los UD y otras instituciones, sino de otra parte, y sin ninguna duda, a otros miembros de la ciudadanía, los ciudadanos elegidos, proponiendo nuevas formas de acción que refuercen las solidaridades y en consecuencia disminuyan la panoplia de riesgos que abruman a los consumidores: estigmatización, criminalización, marginalización, represión.

Ha llegado la hora de reestructurar la RDR sobre una nueva apreciación de los riesgos, que sin subestimar la dimensión sanitaria, puedan asociar como realidades inseparables, esta política de salud publica con la promoción de los derechos del hombre.

POR UNA REESTRUCTURACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS.

El consumo de drogas es un fenómeno con múltiples facetas. Las practicas de riesgo no acaban nunca de modificarse, sea por efecto del cambio social (evolución de la oferta de productos, variaciones en el concepto de placer), sea por efecto de la presión policial o de la pobreza.

44

La RDR parte de la premisa que no existe solución definitiva al problema de las drogas en nuestra sociedad, sobre todo en un mundo globalizado donde la economía de mercado se impone de manera dominante. Como toda mercancía, las drogas se generalizan, se diversifican, pasan las fronteras. Las leyes del mercado se resienten: aumento de la demanda, aumento de la oferta, aumento y diversificación de riesgos.

Para responder a esto, en cada momento hay que volver a crear modos flexibles de gestión de los riesgos a través de programas capaces de hacer frente a los cambios.

Hay que admitir que existen los usuarios de drogas y los consumidores. Esto supone diversificar servicios para responder con programas específicos a estos individuos singulares, incluso a grupos particulares.

También es fundamental establecer colaboraciones pluri-profesionales e interdisciplinarias con amplias redes que presenten una gran diversidad de recursos, pero sobre todo, hay que dirigirse a la sociedad civil, nueva protagonista de las políticas de "drogas" así como a los políticos.

Los ciudadanos y sus asociaciones representativas (ver grupos de presión) están presentes, realmente, en la escena política en materia de drogas. Hay que tener en cuenta que la realidad esta constituida de dinamismo y de interacciones y es necesario adaptarse a los movimientos de su transformación.

Esto hace que la movilización de sociedad civil y también la sensibilidad del legislador deban de ser una nueva prioridad para la RDR.

Una verdadera alternativa a la “represión total” (representada por la tolerancia cero) no puede nacer mas que de esta reflexión-acción colectiva que asocie problemas y recursos, representantes de la sociedad civil y de los colectivos territoriales sobre todo a nivel local.

Por tanto, es necesario crear nuevas practicas para la movilización dinámica de los actores públicos y privados en la búsqueda de soluciones que puedan ser aceptadas por todos en una especie de pragmatismo realista.

Para estos fines, la RDR debe promover espacios de encuentro, debates entre trabajadores sociales, instituciones y ciudadanos.

Por tanto, hay que explicar, ser pedagogo, convencer. Hay que demostrar, realizar investigaciones y evaluar programas desarrollados para mejorar su eficacia. En este trabajo de sensibilización y de comunicación, es indispensable obtener datos cualitativos y cuantitativos. Hay que objetivar la practica de la RDR.

Salir de la dualidad entre el hacer y el saber, integrar conocimiento y acción. Aprender a “hacer ver” el trabajo desarrollado. Volver legible y aceptable la practica de la RDR es una exigencia imperiosa para la supervivencia de este modelo, hoy en día, objeto de criticas y incluso de ataques.

Innumerables manifestaciones contra la implantación de estructuras de R-DR para consumidores de drogas, por parte de sectores mas o menos importantes de la población, en diferentes centros urbanos del mundo, constatan esta conflictividad.

La mediación social, aparece como una herramienta necesaria para la intervención de la RDR, ya que puede crear lazos entre los diferentes participantes, permitiendo así una mejor aceptación y comprensión de esta política. La pertinencia de la mediación se refiere a dos postulados: el primero es que los problemas de la sociedad no se resuelven con la negación “hay que expulsar a los toxicómanos” sino con la elaboración concertada de soluciones o compromisos. El segundo es que es mas realista reducir los riesgos relacionados con la toxicomanía que inten-

tar erradicarla. Porque erradicar las drogas es un objetivo tan inalcanzable como querer erradicar el sufrimiento, la búsqueda de la superación o la fragilidad del ser humano.

46 Y para finalizar, la RDR se funda basada en la existencia social de drogas y de sus consumidores, como fenómeno ineluctable en todas las sociedades a lo largo de la historia. Sin embargo, este supuesto de base, tropieza con el marco legislativo que criminaliza el uso y vuelve la aplicación de los preceptos de la RDR contradictorios con la ley. Para superar esta ambigüedad peligrosa, hay que actuar en el sentido de cuestionar el estatuto jurídico de las drogas para hacer evolucionar las diferentes legislaciones nacionales. Esto volvería la práctica de la política de RDR legítima y coherente y disminuiría de forma, nada despreciable, los riesgos con los que se enfrentan los consumidores en su supervivencia diaria.

Reafirmamos la visión de Jonathan Mann, desgraciadamente desaparecido precozmente, primer responsable de los programas de lucha contra el SIDA en el seno de Organización Mundial de la Salud “poniendo el acento sobre los comportamientos aperecidos en sus contextos socio-económicos, el nuevo paradigma (de la RDR) reemplazara la coerción por el apoyo activo, la discriminación por la tolerancia y la diversidad”.