

Reducción de Riesgos y Daños desde la Salud Colectiva

Belén Díaz¹

Fecha de recepción: 25/8/2022

Fecha de aprobación: 3/5/2023

Resumen:

El mismo es un análisis del enfoque de reducción de riesgos y daños a la luz de los siguientes conceptos de la Salud Colectiva: producción de cuidados, redes de conexiones existenciales y micropolítica del trabajo vivo. Se pregunta si el enfoque puede potencializar los principios de prevención y promoción de la salud propuestos por la Atención Primaria de la Salud.

Palabras Clave: REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS – ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD – PROMOCIÓN DE LA SALUD – SALUD COLECTIVA - PREVENCIÓN

Abstract:

It is an analysis of the risk and harm reduction approach in light of the following concepts of Collective Health: production of care, networks of existential connections and micropolitics of living work. He wonders if the approach can potentiate the principles of prevention and health promotion proposed by Primary Health Care.

Key Words: RISK AND DAMAGE REDUCTION – PRIMARY HEALTH CARE – COLECTIVE HEALTH – PREVENTION – HEALTH PROMOTION

¹ Licenciada en Trabajo Social. Pertenencia Institucional: Residente de 3er año de Residencia Trabajo Social C.A.B.A. Sede Hospital Santojanni. Correo electrónico: ybdiaz@hotmail.com

“En casi todas las lenguas, de sociedades muy distintas y en el contexto de sus propias cosmovisiones, existe algo parecido a la frase ‘más vale prevenir que curar’, esta sabiduría popular que afirma que, efectivamente es mejor abordar los aspectos conflictivos de la vida antes de que se compliquen y se dificulte su tratamiento” (Romaní, 2008: 303)²

Introducción

En el presente trabajo, se desarrollará el modelo de reducción de riesgos y daños (en adelante, RRYD) en el abordaje de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas; su prevención; y; por consiguiente, la promoción de la salud y los derechos de la población.

Este modelo será analizado dentro del marco teórico, político y ético de la Salud Colectiva, a la luz de los conceptos de producción de cuidados; conexiones existenciales; y micropolítica del trabajo vivo.

El análisis surge de una experiencia de intervención en un dispositivo público de salud mental comunitaria con este enfoque, en una rotación electiva de seis meses desarrollada en el marco de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, C.A.B.A.). Cabe mencionar que en la Ciudad es el único que trabaja desde esta perspectiva, siendo un efector de atención ambulatoria de usuarixs atravesadxs por situaciones de consumo problemático de sustancias psicoactivas del primer nivel de atención, ubicado en el Barrio Padre Ricciardelli (ex Villa 1-11-14) del Bajo Flores.

Este vacío de la política pública es sustentado por un marco legal donde aún perdura el prohibicionismo. Me pregunto si son necesarios más lugares y profesionales que trabajen desde este paradigma de RRYD para poder llevar adelante junto a lxs usuarixs³ sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados (en adelante, PSEAC) (Moglia, 2018) desde un lugar de acogida y respeto.

Por otro lado, al ofrecer pautas de cuidados desde la subjetividad de lxs usuarixs, ¿este modelo puede potenciar los principios de prevención y promoción de la salud propuestos por la Atención Primaria de la Salud (en adelante, APS)?

Además, considero el tema de relevancia ya que se ha instalado en la agenda pública luego de la polémica mediática y la tensión generada entre diferentes sectores políticos originada por la aparición de un folleto con pautas de RRYD destinado a la población en

² Doctor en Historia (Antropología Cultural) por la Universidad de Barcelona (1982). Ha sido Catedrático de Antropología Social en el Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social (que dirigió entre 2001-2004) de la Universidad Rovira i Virgili; Coordinador del Máster Interuniversitario en Antropología Médica y Salud Global, MIAMSG, (2006- 2016); Miembro del comité directivo del Máster Interuniversitario en Juventud y Sociedad, MIJS, desde su inicio (2008-09); Profesor del Máster Internacional.

«Sistema Penal y Problemas Sociales» (Departamentos de Derecho Penal, U. de Barcelona y U. de La Plata, Argentina); y Director (2015-2016) del *Medical Anthropological Research Center* (MARC-URV). Desde octubre de 2016 es Profesor Emérito de la URV.

³ En este trabajo se escoge la utilización del lenguaje inclusivo por considerar que el mismo permite dar cuenta de todas las identidades de género autopercebidas.

un municipio bonaerense⁴; la declaración de alerta epidemiológica a causa de la distribución de cocaína adulterada que provocó muertes e intoxicaciones de más de 20 personas⁵; y la represión policial a usuarixs del REPROCANN⁶ (Registro del Programa de Cannabis); entre otras situaciones y movimientos sociales que ponen en tensión la vigente Ley de Drogas enmarcada en el paradigma prohibicionista, con otras leyes promotoras de derechos como la reciente Ley 27.350 de Cannabis medicinal.

En un segundo momento del análisis, se esbozará un análisis de intervención de una experiencia lúdica elaborada junto a profesionales del efector donde se realizó la rotación mencionada y otras colegas de la residencia, la misma fue destinada a la población joven y adolescente del área programática de la sede formadora, un Hospital General de Agudos de la Zona Sur de la C.A.B.A., a la luz de los conceptos de Atención Primaria de la Salud (en adelante, APS).

La metodología utilizada para el análisis es cualitativa, como instrumentos como instrumentos se han utilizado los cuadernos de campo; los registros individuales y grupales interdisciplinarios de las actividades realizadas; y una revisión bibliográfica extensa sobre la temática. Se han delimitado como objetivos: conocer las características del modelo de RRyD y sus articulaciones teóricas con las concepciones de producción de cuidado, conexiones existenciales y micropolítica del trabajo vivo.

Finalmente, se desarrollarán las observaciones finales que buscan dar respuestas a estos interrogantes, e ideas que se desprendan del análisis esbozado.

Desarrollo

1- ¿Qué es RRyD?

“Es necesario discutir la política de drogas que por muchos años ha sido ineficaz, solo ha servido para dejar la plata en los bancos y los muertos en los territorios” (Márquez Mina, 2022)⁷

Breve historización del modelo y características fundamentales

Desde inicios del SXX Estados Unidos ha promovido una política prohibicionista a nivel internacional presionando a los demás países a que firmen el Convenio Único de Estupefacientes de 1961 de Viena, y una serie de convenios internacionales subsiguientes. Dicha política plantea la ilegalidad de ciertas sustancias psicoactivas, denominándolas drogas y criminalizando y/o patologizando a quienes las consumen, la única salida que se propone a los consumos problemáticos es la abstinencia total, y, a la vez, es la condición indispensable para iniciar algún tratamiento.

El objetivo de esta política es acabar con la droga eliminándola de la faz de la tierra,

⁴<https://www.pagina12.com.ar/417605-reduccion-de-danos-la-increible-polemica-por-recomendaciones>

⁵<https://www.pagina12.com.ar/400164-cocaina-adulterada-como-es-la-droga-que-se-consume-en-argent>

⁶ Base de datos diseñada para poder registrar a aquellas personas que cuenten con las condiciones para acceder a un cultivo controlado de la planta de Cannabis, con fines de tratamiento medicinal, terapéutico y/o paliativo del dolor.

⁷ Vicepresidenta electa de la República de Colombia. Lideresa social, activista medioambiental, defensora de DDHH, feminista y abogada. Extracto de la conferencia otorgada el 30/7/2022 en el Auditorio Nacional del Centro Cultural Kirchner. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=yrsWq-JTNZY>

a modo de ejemplo, se pueden mencionar las campañas “Guerra a las drogas”, “Drogas no”, y “Un mundo sin drogas para el 2008”. A nivel local se puede aludir a las campañas de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) de los `90: “Un sol sin drogas”; y “Drogas, ¿Para qué?”⁸ realizada a través de propagandas televisivas protagonizadas por el Dr. Mirolí, y los dibujos animados Fleco y Male.

Acerca de la visión de la persona usuaria de sustancias, se la considera explícita o implícitamente como sujeto dependiente de una sustancia que determina su comportamiento, y, por lo tanto, necesita ser controlada. Cuando no es etiquetada como dependiente, lo es como delincuente, desviada, peligrosa, enferma. (Menéndez, 2012)

Sin embargo, a mediados de los `80 del pasado siglo, ante el fracaso de las políticas prohibicionistas y la expansión del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), surgen en algunas regiones de Europa políticas de reducción de riesgos y daños, obviando los aspectos prohibitivos de las leyes sobre drogas, para poder resolver de forma concreta problemas sociosanitarios reales. Las ciudades pioneras fueron Ámsterdam, Rotterdam y Liverpool, y por primera vez se les dió lugar a las experiencias de usuarios incorporándoles como interlocutores válidos por las instituciones y promoviendo su participación en la gestión de los programas. (Orioni, 2008)

A continuación, en el año 2003, la Unión Europea (UE) adoptó el enfoque de RRYD como posición común incluyéndose en la Estrategia de Drogas de la UE para 2005-2012 (Jelsma, 2011). En América Latina, la aplicación de este marco es acotada por múltiples causas, principalmente esto se debe a la influencia y presión por parte de Estados Unidos para garantizar empréstitos financieros a cambio de que los países latinoamericanos reproduzcan sus políticas, entre ellas la prohibicionista, para ejercer su control a países donde tiene intereses geopolíticos y hacia ciertos sectores sociales (Orioni, 2008; Fusero, 2022).

En Argentina, en el 2014 se creó la Ley 26.934 que estableció el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), el cual propone la incorporación como estrategia de abordaje sobre consumos problemáticos, al modelo de RRYD y lo define como:

aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes.

En este sentido, siguiendo a Marlatt (1998), la abstinencia sigue siendo entendida como el punto ideal, pero a la vez es situada como proceso de graduación continua de lo perjudicial de las consecuencias producidas por los consumos problemáticos para los usuarios, avanzando en el camino hacia la disminución del daño. Además, se intenta favorecer que el consumo sea considerado un derecho de los usuarios, reconociendo que puede tener consecuencias negativas, o por lo menos favorecer una imagen donde

⁸ Dr. Mirolí, Fleco y Male. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=2DAIRHFRAok>; Un Sol sin drogas. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=nEMSJWNweNg>

el padecimiento sea entendido como tal, desde un punto de vista sociosanitario y no penal (Menéndez, 2012).

Así pues, las estrategias de RRYD tienen como objetivo: aumentar la accesibilidad de lxs usuarixs consumidorxs al sistema sociosanitario; asistir a lxs usuarixs con un umbral mínimo de exigencia sin imponerles que dejen de consumir como condición obligatoria; generar aceptación de que los consumos de sustancias psicoactivas son una realidad que ha existido siempre y que por el momento no dejará de existir e impulsar acciones que mitiguen la marginalidad y la exclusión social de quienes consumen.

Algunos ejemplos de la concretización de este modelo en acciones son: el intercambio de jeringas de lxs usuarixs por otras de material descartable; dispensación clínica de metadona u otras drogas como heroína en programas de sustitución y/o mantenimiento; entrega de preservativos; instalación de centros de encuentro y acogida de baja exigencia donde lxs usuarixs pueden acudir a diversos servicios y satisfacer necesidades básicas: comer, bañarse, socializar, etc.—; salas de venopunción higiénica; creación de asociaciones de usuarixs; comités de apoyo de familiares; redes de profesionalxs; programas de testado de sustancias en fiestas; programas de información-educación-comunicación sobre las características de ciertas drogas y sus condiciones de uso; entre otras (Orioni, 2008). A nivel local, se encuentran las acciones realizadas por las organizaciones ARDA (Asociación de Reducción de Riesgos y Daños Argentina) e Intercambios, quienes han impulsado este tipo de prácticas, a través de la movilización de la sociedad civil y de la articulación con instituciones políticas; además de fomentar la formación de profesionalxs en el área temática.⁹

El principio fundamental que atraviesa estas políticas de RRYD es el reconocimiento del otrx como ciudadanx situándole en un lugar central como protagonista activx de los programas. Este modelo pone el foco en que, para entender la diversidad de los efectos de las sustancias psicoactivas, hay que entender al sujetx consumidorx y su contexto. Otro de los ejes de este modelo es la educación para la salud a través de diferentes canales de socialización, desarrollando metodologías dialógicas.

Además, otro aspecto a señalar, es la participación de lxs usuarixs y de sus redes vinculares en la gestión de dispositivos, legitimando sus sentires y pensares, muchas veces estigmatizadxs y marginalizadxs por las representaciones sociales negativas asociadas al consumo que fueron impuestas por el modelo prohibicionista, y a la vez violentadxs por la represión estatal y la falta de políticas públicas que generen accesibilidad a recursos y dispositivos.

Con respecto a la generación de participación, Orioni (2008) incorpora el concepto de microcultura grupal refiriéndose a los mundos locales de significados, y plantea que a través de este concepto se puede pensar en las posibles vías de prevención de consumos problemáticos en base a los intereses de determinado grupo. De esta manera, podemos crear programas y dispositivos que logren alcanzar los objetivos propuestos y producir salud, ya que tienen que ver con la vida de la población y la recuperación de sus formas de autocuidado, y no con los intereses de “los burócratas del control de drogas”. (p.304)

Estos principios ponen de relieve que las intervenciones de RRYD exigen considerar

⁹ Sitio Oficial ARDA: <https://linktr.ee/ardadrogas>

Sitio Oficial Intercambios: <https://www.intercambios.org.ar/>

las circunstancias individuales y comunitarias de un determinado territorio, lo que hace imposible que exista una fórmula universal y mágica para su aplicación, además permiten dar cuenta de que este enfoque se basa en los valores del pragmatismo y el humanismo, e intenta elaborar estrategias que tengan solidez científica en vez de carga moral. (Damin y Arrieta, 2017)

Al mismo tiempo, las estrategias de RRD buscan generar marcos legales que faciliten y optimicen los PSEAC, y, en este sentido, se promueve la descriminalización y regulación del comercio de sustancias psicoactivas que hoy son consideradas ilegales. En primer lugar, esto quiere decir, que una persona que atraviesa un proceso penal por poseer sustancias para consumo personal, y es sometida a un tratamiento de forma compulsiva y obligatoria, como indica la Ley de Drogas 23.737, está siendo alejada de un reconocimiento como sujeto de derechos, ya que es solo tenida en cuenta desde lo penal y no comprendida en su integralidad. En segundo lugar, se entiende que la regulación implica la implementación de un claro marco jurídico que norme algunas actividades relacionadas con estas sustancias, como la producción y disponibilidad, lo que las haría más seguras. Cabe recordar, que la población con menos recursos accede a sustancias de peor calidad, generando un deterioro mayor a su salud, como en el caso del paco.

Por ejemplo, al 2012, el 25% de las personas encarceladas en el mundo, lo eran por algún delito relacionado a la criminalización, persecución, estigmatización, producción y consumo de sustancias psicoactivas ilegales. (Nadelman, 2011)

En particular en Argentina, un estudio del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) indica que desde el 2002 al 2017 hubo un aumento del 252% de la población carcelaria por drogas, pasando de 3.345 a 11.784 personas. La mayor composición de esta población carcelaria es pobre y sufre vulneraciones a sus derechos, registrándose casos de tortura, maltrato y hasta la muerte de personas. Así pues, autorxs como Menéndez (2012), señalan que es imprescindible incorporar al planteo de RRD la exigencia de cambios a nivel estructural en aspectos económicos-sociales-culturales y políticos que impliquen la regulación de sustancias psicoactivas, y un nivel mínimo de vida que posibilite a toda la población ingresos, vivienda, educación, seguridad y esparcimiento. De modo que, se abran oportunidades laborales formales por fuera de los trabajos peligrosos relacionados al narcotráfico que ofrecen las drogas.

Por otro lado, autorxs como Miño Vargas (2021), incorporan a la discusión de los marcos legales que regulan la intervención profesional en esta temática, los conceptos de intersectorialidad y correponsabilidad con el fin de garantizar derechos a la población, colocando como ejemplos las leyes 26.586 del Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las adicciones y el consumo; el Plan IACOP; la Ley 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental; y la Ley 26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes.

Por último, en cuanto a los dispositivos de atención a quienes consumen, conforme a lo planteado por el autor, hay una marcada desproporcionalidad de 90 a 10 entre los recursos que se destinan a atacar la oferta de sustancias en la comunidad (lucha contra el narcotráfico) y los que se destinan a instalar dispositivos y recursos para la atención y prevención de la población.

2- El modelo enmarcado en la perspectiva de Salud Colectiva

Producción de cuidados, conexiones existenciales y micropolítica del trabajo vivo

En primer lugar, coincido con el planteo de que el modelo de RRyD propone cuidar, liberar, y subvierte la lógica de responsabilización del individuo, poniendo la responsabilidad del lado del estado que debe asegurar la accesibilidad al sistema de salud y un marco normativo que asegure derechos humanos a quienes consumen. Por consiguiente, se puede enmarcar esta perspectiva desde una ética del cuidado, la cual propone descentralizar *“la enfermedad y las tecnologías sofisticadas que intentan actuar sobre la misma. La tecnología principal es el vínculo humano con los profesionales, con la red comunitaria y con sus referentes.”* (Alli et al., p.89)

Además, propone que la atención se brinde donde cotidianamente circula lx sujetx, y actuar integralmente sobre todas las dimensiones posibles de lo cotidiano y lo singular, organizando una red de soportes y disminuyendo factores de riesgo. Asimismo, tiene como objetivo generar junto a lxs usuarixs propuestas complejas que abarquen su proyecto de vida, busca promover la dignidad humana y la garantía de derechos como una forma de establecer cuidados.

En segundo lugar, desde el modelo de RRyD adquiere centralidad el ser, y se busca entender cuál es su relación con la sustancia, entendiendo que la misma puede generar consecuencias negativas, pero a la vez cumplir funciones positivas, y que ambos aspectos pueden operar simultáneamente (Menéndez, 2012). También, se busca acabar con la estigmatización sobre las personas que consumen, entendiendo que este proceso produce daño y genera exclusión. Siguiendo a Miño Vargas (2021), las etiquetas implican inmovilizar, fotografiar y deshistorizar a cuerpos individuales y/o colectivos, causando procesos de estereotipación y desubjetivación.

Además, se contextualiza al ser humanx en una sociedad capitalista, que al decir Lewkowicz (1999), produce una subjetividad de consumidorx en vez de ciudadanx, a la vez que instituye un prototipo psico-social de adictx admitido. Este último, es una imagen que le otorga identidad adictiva, *“tiene una vida con su epopeya trazada: fascinación, hundimiento, arrepentimiento, recuperación, prédica y reclutamiento antiadictivos”* (p.6). Conforme a lo expresado por el autor, *“la subjetividad adictiva se puede considerar como un subproducto de la subjetividad del consumidorx”* (Op. Cit., p.3), producida por una serie de prácticas en situaciones socio-culturales específicas que le exigen variar sistemáticamente a un nuevo objeto de consumo bajo una promesa de felicidad inmediata, sin alterar su posición subjetiva, por lo tanto, excluye la posibilidad de una experiencia y una historia. Por esto, el escritor plantea que se da una aniquilación subjetiva en la que la persona desaparece tras el objeto que la satisface, constituyéndola.

A la vez, estas prácticas productoras de subjetividad estandarizadas dan lugar a dispositivos que instauran operaciones. En el campo de la salud, si transformamos los dispositivos a través de acciones críticas instituyentes, en el sentido de que tengan una lógica que garantice derechos a lxs usuarixs como ciudadanxs en vez de consumidorxs ¿se podrían generar otro tipo de subjetividades junto a lxs usuarixs?

Esta visión macro de la constitución histórica subjetiva del ser y el análisis de la influencia que tienen la mercancía y el capitalismo en la institución de subjetividades, permiten comprender la complejidad de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas no como un signifiante personal o privado, sino como un fenómeno fundado en la cuestión social y sus manifestaciones, por lo tanto, como un problema

colectivo (Miño Vargas, 2021).

En tercer lugar, se puede enmarcar la RRYD en el campo teórico, ético y político de la Salud Colectiva a la luz de los conceptos de producción de cuidado, redes de conexiones existenciales y trabajo vivo en acto.

Con respecto a la primera categoría, con producción de cuidado me refiero a una ruptura con el modelo médico hegemónico centrado en la atención y tratamiento de enfermedades a uno con foco en la producción de cuidados propuesto por Franco y Mehry (2011, p.18) como: *“un modo de trabajar en salud que tiene como centro el campo relacional, abriendo el encuentro con los usuarios a espacios de habla, escucha, miradas y signos que tienen sentido para ambos”*. En este sentido, el concepto de cuidado, refiere al establecimiento de un vínculo sustentado en la ternura, empatía, miramiento, y buen trato. (Michalewicz et al., 2014)

Por otro lado, Muñoz Franco (2009, p.392) propone el concepto de cuidado de sí en salud para denotar *“una actitud con uno mismo, con los otros y con el mundo”*, esta noción abre la posibilidad de vislumbrar la heterogeneidad de mundos y visiones de vida, por lo tanto, la diversidad de prácticas de cuidado que hay que tener en cuenta en pos de producir salud.

De acuerdo con Franco y Mehry (2011), el proceso de cuidado es intenso y dinámico, está condicionado por los afectos que se dan entre lxs trabajadorxs entre sí y con lxs usuarixs. Es decir, que, a través de la construcción de vínculos, la producción de cuidado se abre al agenciamiento de nuevas prácticas y a la creatividad de lxs profesionalxs de la salud y la comunidad. En esta línea, se puede decir que lxs trabajadorxs de la salud producen cuidado hacia lxs usuarixs cuando desarrollan espacios de amparo, acogida, responsabilización y vínculo.

A continuación, con relación a redes de conexiones existenciales, Mehry, Feuerwerker y Silva (2012), las definen como marcadores que, a partir de su existencia y la generación o inhibición de accesibilidad a la salud a partir de ellas, nos permiten analizar la producción de cuidado en salud. Si en una práctica de cuidado, quien está siendo cuidadx amplía estas redes, hay producción de más vida, si en cambio, las disminuye, se están produciendo barreras para un buen vivir.

Siguiendo a lxs autorxs,

“estas redes son el producto del diálogo entre la micropolítica del trabajo vivo y las apuestas de producción de cuidado en salud”. Estas redes de conexiones existenciales producen vida cuando crean accesibilidad, en cambio, si son producidas desde la enfermedad como centro de producción de la vida, son una barrera ya que impiden nuevos sentidos de y en el vivir. Como ejemplo, se menciona al cuidado manicomial que *“aísla, discipliniza moralmente y medicamentaliza a quien considera un enfermo mental”*. (Op. cit., p.27)

Al mismo tiempo, lxs usuarixs en sus nomadismos y encuentros, construyen redes de conexiones existenciales. (Op. Cit., 2012) En relación a los nomadismos, lxs investigadorxs definen este término aludiendo al hecho de que lxs usuarixs producen redes de conexiones existenciales que escapan a los lugares instituidos por el sistema

de salud, *“con su modo nómada de andar la vida”* (Op. cit., p. 28).

Por último, acerca de la micropolítica del trabajo vivo, la misma se da en los encuentros entre trabajadorxs de la salud y usuarixs, donde operan dispositivos que inhiben o facilitan las redes de conexiones existenciales produciendo socialmente salud. En esta producción social se desarrolla una *“tensión entre la micropolítica del hacer en acto - construyendo la relación cuidador-cuidado- y el mundo del trabajo muerto, instituido en las normas y reglas de acción de las organizaciones y servicios de salud”*. (Op. cit., p.32)

Por otro lado, autoras como Suely Rolnik (2016), ofrecen el concepto de resistencia micropolítica, para explicar la detección de lo intolerable y buscar formas de combatirlo, por parte de personas y grupos de diversas comunidades, incidiendo en la dimensión micropolítica de la existencia colectiva. Lo que orienta estas acciones es *“una brújula ética cuya aguja apunta hacia todo aquello que impide la afirmación de la vida, su preservación y su expansión”*. (párr. 16)

Vale aclarar, que estas prácticas devienen en actos de creación, no actúan simplemente por oposición, sino que redefinen los contornos del presente, de modo que disuelven los puntos en los que la vida se encuentra asfixiada. Esta resistencia micropolítica se contrapone a las resistencias conservadoras que intentan preservar el trabajo muerto instituido en las resistencias de los equipos de salud a trabajar la temática desde la RRYD, esto lo vinculo a mi experiencia, ya que, a lo largo de los tres años de residencia, solo durante mi rotación de tercer año, pude ver en acto esta perspectiva. A mi entender, hay algo que esa vacancia nos dice del sistema de salud y sus trabajadorxs.

Finalmente, diversos autorxs, como Menéndez (2012) y Orioni (2008), entre otrxs, plantean el modelo de RRYD no solo como de reducción de daños cuando los mismos ya están produciéndose, sino también como herramienta de abordaje para la prevención de los mismos. Este pensamiento nos permite encuadrar este paradigma dentro de la estrategia de APS, la cual se centra en la atención, promoción y la prevención específica e inespecífica. Se busca ofrecer una atención integral a las personas promoviendo su participación, con miramientos en los determinantes sociales de la salud que condicionan los PSEAC a lo largo de la vida y no solo en el momento de enfermedad.

Las acciones de prevención de RRYD encuadradas en un umbral mínimo de exigencia, extienden sus acciones por fuera del sistema de salud, en el espacio público, en el ámbito educativo, entre otros. Son acordes a los requerimientos singulares y a las particularidades contextuales, se asientan en metodologías participativas de construcción de redes sociales, en el marco de la construcción de ciudadanía y el respeto por las diversidades. (Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte, ex CENARESO; Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2016)

3- Una propuesta lúdica de RRYD

A partir de la rotación por el efector de primer nivel de atención de salud mental comunitaria del Bajo Flores, se realizó esta propuesta lúdica junto a mis colegas de residencia, como proyecto de regreso a la sede formadora. Teniendo en cuenta los principios de prevención y promoción de la salud, a través de la realización de talleres de RRYD mediante una propuesta lúdica, la misma estuvo destinada a la población joven

del área programática de un Hospital de la Zona Sur de la C.A.B.A.

La propuesta se llevó a cabo durante el período Abril-Agosto 2022, a través de la articulación intersectorial entre los equipos de salud y las escuelas del área. Los objetivos del proyecto fueron: indagar los saberes de lxs jóvenes sobre los efectos de lo que consumen; clarificar mitos; brindar información certera; y compartir pautas de cuidados y de RRYD.

La propuesta se enmarca en la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, desde la cual se propone el desarrollo de dispositivos de prevención y promoción de la salud mental; el abordaje intersectorial e interdisciplinario basado en los principios de la atención primaria de la salud; y la perspectiva de derechos humanos y sociales abordando a la salud mental como un complejo proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. A la vez, estas propuestas se articulan con los principios de las leyes 26.601 y 114, que plantean el derecho de Niños, Niñas y Adolescentes a expresar su opinión y a ser escuchadxs en todos los asuntos que les afecten y, por otro lado, el de autonomía progresiva que implica la asunción de diversas funciones decisorias sobre los cuidados de su cuerpo y salud según su grado de desarrollo y madurez.

Con respecto a la herramienta escogida, el equipo consideró que los talleres son la mejor forma de acompañar los PSEAC de lxs adolescentes y jóvenes, respetando su autonomía, ya que permiten generar encuadres donde puedan hacerse de información útil y clara para el cuidado de su salud. Además, la conformación de grupos en los talleres para llevar adelante la tarea, permite la generación de un ámbito privilegiado para la creación, dando lugar al orden de lo simbólico a través de una interacción lúdica compleja.

Desde la psicología social se propone la técnica de Grupo Operativo, que se caracteriza por estar centrada en forma exclusiva en una tarea que puede ser el aprendizaje; la curación; la construcción de pautas y redes de cuidado; la promoción de la salud; entre otras. Desde esta técnica se aborda la tarea explícita propuesta por el equipo de salud, y lo que subyace a ella de forma implícita: *“que apunta a la ruptura, a través del esclarecimiento de las pautas estereotipadas que dificultan el aprendizaje y la comunicación”* (Pichon Rivière, 1975: 153). La tarea consiste en la elaboración de dos ansiedades básicas que aparecen ante toda situación de cambio: por un lado, el miedo a la pérdida de la situación lograda que representa seguridad; y, por otro lado, el miedo al ataque en la nueva situación donde lxs sujetxs no tendría instrumentos para abordarla y la consiguiente vulnerabilidad que ello conlleva.

En este sentido, a través de la creación de espacios amigables y por ende accesibles para esta población, sin estigmatizar ni juzgar, se da espacio para otorgar información asequible e intercambiar herramientas para el uso informado de sustancias y sobre prácticas de cuidados, apelando a la estrategia de RRYD. Además, los talleres promueven la participación y validan las voces de lxs jóvenes, apelando a saberes y prácticas de autocuidado propias y la generación de prácticas nuevas en un ámbito de confidencialidad.

En relación al juego, Agamben (2013) lo plantea como un dispositivo para recuperar algo de lo inaccesible, es un momento instituyente de prácticas y sujetxs sociales, en el marco de la voluntad y no del deber: *“el juego más que una instancia de entretenimiento o propiamente lúdica, representa el aprendizaje de algo nuevo. Potencia dimensiones*

creativas en ambientes cuidados y recrea una escena que, tal vez, en un contexto adverso no podría realizarse". (Burwiel, 2018: 17)

Acerca de la dinámica del juego, se tomó como punto de partida el contexto en el que habitualmente lxs jóvenes consumen sustancias psicoactivas (fiestas, encuentros de pares). Lxs chicxs recrean una escena de sábado a la noche donde tendrán que tomar decisiones de forma grupal pensando cuáles son las que implican más o menos cuidados y teniendo que llegar a un final predeterminado. Asimismo, se tuvo en cuenta para que el mismo sea convocante en pos de generar accesibilidad, el respeto por los códigos de comunicación (jerga, modismos) que son compartidos por ellxs, contando para la elaboración del mismo con la participación de jovenxs.

El objetivo de la propuesta es brindar información para el cuidado y la reducción de riesgos en situación de consumo de sustancias: interacciones, prácticas inseguras, prácticas que reducen riesgos, y de cuidado. Por otro lado, también se incluye el enfoque de RRYD sobre los vínculos sexo-afectivos y las prácticas sexuales, poniendo en debate temas como consentimiento; infecciones de transmisión sexual (ITS); Métodos Anticonceptivos (MAC); entre otras cuestiones.

En el juego, se habilita a lxs usuarixs a ensayar formas propias de uso de las sustancias que consumen socialmente, y a la vez se abren nuevas experiencias a través de las reglas del juego y la enseñanza de nuevos hábitos de cuidado que lleva el equipo de salud y el intercambio con las propias, deconstruyendo mitos.

Las reglas del juego, a su vez, no son relaciones que puedan existir sólo por su mera enunciación. La validez sola no alcanza para hacer norma, se necesita de otro rasgo: la eficacia y esto sólo la aportan las partes (Samaja, 2016). Su uso común, traza nuevos pactos, por ejemplo, cuando el equipo profesional comienza el juego propone una serie de acuerdos: el primero es escucharnos y dejar que circule la voz de todxs sin insultos con el fin de promover un espacio de respeto y confianza; el segundo es no hablar de ninguna situación en particular para no exponer a ningún compañerx; el tercero es la confidencialidad y la no sanción de nada de lo que digan. A la vez, se les propone a lxs estudiantes que puedan proponer los pactos que deseen con el grupo.

Dos ejes fundamentales que atraviesan al juego son la prevención y la promoción de la salud, entendiendo que hablar de consumos y sexualidad en el ámbito educativo nos permite minimizar los daños que pueden acarrear los consumos de sustancias psicoactivas y ciertas prácticas sexuales sin información sobre cuidados. Al mismo tiempo, hablar de estos temas permite dar cabida a diferentes subjetividades y producir cuidados y salud para lxs chicxs, tomando el desafío de desenmarcarnos del lugar moralizador que promueve la abstinencia.

En este sentido, hablar de consumos en las aulas tiene un recorrido que puede ser similar al de la Educación Sexual Integral (ESI), ya que es algo que desde ciertos sectores anti-derechos se rechaza, negando las subjetividades adolescentes y su derecho a acceder a información clara para tomar decisiones sobre su salud, exponiéndoles a prácticas inseguras. Esta similitud con la ESI fue señalada también por un grupo de docentes en una de las escuelas en donde se realizó junto al equipo de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS), una charla de sensibilización sobre la temática de consumos problemáticos destinada a todo el equipo educativo.

Observaciones Finales

En primer lugar, el modelo de RRYD puede permitir de forma amena y centrada en las subjetividades de las personas, desnaturalizar el consumo de las sustancias psicoactivas, explicando las consecuencias que acarrea y promocionando hábitos de cuidado, lo cual queda invisibilizado entre los mensajes que las publicitan y los que promueven la abstinencia total.

En este sentido, el juego puede ser una técnica utilizada en pos de este propósito, un ejemplo de ello es el proyecto lúdico desarrollado anteriormente que permite producir salud, promocionando hábitos de cuidado y la prevención de riesgos y daños asociados al consumo esporádico y excesivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en fiestas y juntadas con amigxs, de forma divertida otorga información clara y precisa; promueve el intercambio de voces respetando la autonomía progresiva; y la autodeterminación de lxs adolescentes. De esta manera, genera accesibilidad al campo de la salud tejiendo una red intersectorial de cuidados.

En segundo lugar, a partir de la permanencia del paradigma prohibicionista, muchas personas de los sectores populares terminan siendo criminalizadas y/o estigmatizadas, siendo consecuentemente marginalizadas por la sociedad. A raíz de esta exclusión, se producen barreras para el acceso al sistema de salud y ausencia de dispositivos para abordar la problemática de consumos problemáticos. Lo cual permite visibilizar las cargas morales y sociales que inciden en los PSEAC, ya que los consumos problemáticos de sustancias y sus efectos son un problema de salud pública y no de criminalidad. Es aquí donde nos encontramos con al menos dos desafíos como profesionalxs de la salud: la confrontación de nuestros propios mandatos y creencias, y la responsabilidad ética de cuestionar estereotipos, como en este caso, el estereotipo de adictx que solo produce desubjetivación y violencia.

Retomo el concepto de resistencia micropolítica de Suely Rolnik como un acto de transformar lo intolerable contraponiéndolo a las resistencias conservadoras que intentan preservar el trabajo muerto instituido que se observa en las resistencias a trabajar la temática desde el enfoque de RRYD, y considero necesario que haya más espacios y profesionalxs que trabajen desde este paradigma para poder llevar adelante junto a lxs usuarixs sus PSEAC desde un lugar de acogida y respeto.

En tercer lugar, los conceptos de producción de cuidado, conexiones existenciales y micropolítica del trabajo vivo son claves para poder analizar las intervenciones y entender si las mismas apuntan a la generación de vida y salud, o la están obstaculizando. Es necesario hacer una revisión permanente de nuestras prácticas y los dispositivos donde están insertas las mismas a la luz de estos conceptos junto a otrxs profesionalxs y lxs mismxs usuarixs. Esta praxis reflexiva sobre los propios quehaceres muchas veces rutinizados y estandarizados, puede dar lugar a la transformación de los dispositivos en el sentido de que tengan una lógica que garantice derechos a lxs usuarixs como ciudadanxs en vez de consumidorxs, realizando de esta manera, operaciones críticas sobre la subjetividad instituida, y, por lo tanto, originando otro tipo de subjetividades instituyentes tanto para profesionalxs como para usuarixs.

Por último, estoy de acuerdo con Menéndez en que hay que incorporar al enfoque de RRYD los procesos sociales y culturales que hacen a las prácticas de consumos, y, por consiguiente, a nuestras intervenciones en pos de un abordaje integral y de derechos humanos que no aisle a lxs sujetxs con su situación problemática singular, sino que le sitúe

como parte del colectivo social y producto de la cuestión social. Lo cual también nos permitiría intervenir desde los lineamientos de prevención, promoción y asistencia en todos los ámbitos del campo de la salud y no solo en dispositivos especializados, por lo tanto, este modelo potencia los principios de prevención y promoción de la salud propuestos por la APS, contextualizando a la persona a través de propuestas acordes a lo singular-particular-general y no recetas universales que se han demostrado ineficaces para resolver la problemática de consumo problemático de sustancias.

Así pues, el trabajo social tiene mucho que aportar en la gestión de riesgos y daños ya que puede incorporar una perspectiva holística y situada en sus intervenciones, rescatando la complejidad del ser y sus potencialidades, desde un posicionamiento ético y político de reconocimiento del otrx como ciudadanx portadorx de derechos, y la apuesta a la integralidad de los abordajes trabajando desde la interdisciplinariedad y la articulación inter e intrasectorial de redes de cuidado, el compromiso con la producción subjetiva del cuidado hacia lxs usuarixs, y la generación de accesibilidad a derechos vulnerados.

Referencias Bibliográficas

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Revista Sociológica* (México), 26(73), 249-264. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0187-01732011000200010
- Alli A, Burwiel JP, Carrillo T. (2018). CAPS Ad Gregorio da Matos: una experiencia de atención psicosocial y gestión de riesgos en escenarios de consumo. *Revista Clepios* 24 (76): 87-89.
- Braschi, M.; Canay, R. y Nápoli, M. (2011). Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento153.pdf>
- Burwiel, J.P. (2018). Sobre usos y consumos de drogas. Profanar, ¿Una tarea política? Excedente, conflicto y asamblea. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, Año 8 no. 15-16 (2018-11). http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2018/12/04_Burwiel.pdf
- Castrogiovanni, N. y Ghiselli, S. (2020). Trabajo Social y situaciones problemáticas: categoría esencial para los debates sobre la intervención social.
- CELS (2019). La guerra contra el narcotráfico. <http://cels.org.ar/drogas/>
- Damin, C. F., y Arrieta, E. M. (2017). ¿Qué es la reducción de riesgos y daños? *El Gato y La Caja*; 276-291.
- Franco, T. & Merhy, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 7(1), 9–20. <https://www.scielosp.org/article/scol/2011.v7n1/9-20/>
- Fusero, M. (2022) Clase 1: Instalación del Prohibicionismo como paradigma regional y nacional. Curso: Abordaje integral de los consumos de sustancias desde la atención primaria de la salud. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Social. Ministerio de Salud GCBA.
- Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte, ex CENARESO. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (2016) Modelo de Reducción de Riesgos y Daños.

- https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v5n3/v5n3a07.pdf
- Jelsma M. (2011). Panorama internacional de reformas de políticas de drogas. En: Touzé G., Goltzman P. (Comps.), *América Latina debate sobre drogas*. (pp. 331-344) Intercambios. Buenos Aires.
- Lewkowicz, I. (1999). Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. Condiciones históricas de posibilidad. En: Dobon, Juan y Hurtado, Gustavo (Comps.), *¿Las drogas en el siglo... que viene?* (pp.91 a 110). Ediciones FAC. Buenos Aires.
- Ley N° 26.934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP). 30 de abril de 2014. Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>
- Ley N° 27.350. Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados. 29 de marzo de 2017. Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27350-273801/texto>
- Ley N° 23.737 del Código Penal. Ley de Drogas. 21 septiembre de 1989. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/texact.htm>
- Ley N° 26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes. 28 de septiembre de 2005. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Ley N° 26.586 Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las adicciones y el consumo. 2 de diciembre de 2009. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/162292/norma.htm>
- Ley N° 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental. 25 de noviembre de 2010. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley N°114 de Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. 3 de diciembre de 1998. Argentina. <http://www2.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley114.html#:~:text=Es%20deber%20de%20la%20familia,otra%20condici%C3%B3n%20inhumana%20o%20de gradante.>
- Marlatt, G. A. (1998). *Reducción del daño: Principios y estrategias básicas*. V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. Cádiz, España.
- Merhy, E. E., & De Vega, L. I. N. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud colectiva*, 8(1), 25-34. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652012000100003&script=sci_arttext&tIng=en
- Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, 21(1), 217-224.
- Miño Vargas, D.F. (2021). Principios de intervención ante los consumos problemáticos. Una perspectiva desde el Trabajo Social. *Revista Con-textos. Revista del Consejo Profesional de Trabajo Social CABA*. Año 2. Número 3. 45-51. <https://www.trabajo->

- social.org.ar/wp-content/uploads/Con-Textos-Nro.-3-Noviembre-2021.pdf
- Moglia, V. (2018). *¿El cambio en el estilo de vida es posible?: Reflexiones sobre proceso salud-enfermedad- atención- cuidado, enfermedades crónicas y representaciones sociales*. X Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2018, Ensenada, Argentina. EN: Actas. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.11634/ev.11634.pdf
- Muñoz Franco, N. E. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud colectiva*, 5, 391-401.
- Nadelman E. (2011). Buenas y malas noticias en el debate sobre drogas. En: Touzé G., Goltzman P. (Comps).
- Pichon Rivière, E. (1975). El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social (I). Ediciones Nueva Visión.
- Polanco, A.F; Pradel A. (Junio 2016). [Entrevista a Suely Rolnik]. Archivo Goethe-Institut Brasilien. <https://www.goethe.de/ins/ar/es/kul/fok/dei/20790860.html>
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*, 4, 301-318. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v4n3/v4n3a04.pdf
- Suely Rolnik [Museu d'Art Contemporani de Barcelona MACBA] (4 de marzo de 2015) Micropolíticas del pensamiento. [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=V73M>
- Touzé, G. y Goltzman, P. (2011). *América Latina debate sobre drogas* Intercambios. Buenos Aires. (pp. 361-36)