

La dimensión sociopolítica de la reducción de daños y de riesgos en el Estado español

Sociopolitical dimension of reducing harm and risk in Spain

David Pere Martínez Oró

Unidad de Políticas de Drogas. Universidad Autónoma de Barcelona

Recibido: 12/03/2019 · Aceptado: 18/09/2019

Resumen

Tema: La dimensión sociopolítica de las estrategias de reducción de riesgos y daños, como responsable de la confusión conceptual y como limitante de las prácticas de intervención.

Objetivo: Analizar las implicaciones técnicas y sociopolíticas de la reducción de daños y de riesgos.

Metodología: Análisis del discurso y revisión de fuentes documentales.

Conclusiones: La diferenciación entre reducción de riesgos y daños es una particularidad de la lengua castellana, producto de la necesidad política de diferenciar las acciones dirigidas a la población consumidora recreativa, de los consumidores en situación de exclusión social. La difusión del VIH/SIDA posibilitó la institucionalización de reducción de daños de corte salubrista, pero la dimensión política quedó relegada a la subalternidad. Las estrategias de reducción de riesgos de filosofía normalizadora poseen la capacidad de transformar las políticas de drogas mediante el reconocimiento de la prohibición como responsable de la mayoría de daños y de mejorar la calidad de vida de las personas consumidoras a través de la Defensa de los Derechos Humanos.

Palabras Clave

Políticas de drogas; Reducción de daños; Reducción de riesgos; Sociología del riesgo; Prevención.

— Correspondencia a: _____
David Pere Martínez Oró
e-mail: david@dpmo.cat



Abstract

Theme: The socio-political dimension of risk and harm reduction strategies, as responsible for conceptual confusion and as limiting intervention practices.

Objective: To analyse the technical and socio-political implications of harm and risk reduction.

Methodology: Analysis of discourse and review of literature sources.

Conclusions: Differentiating between risk and harm reduction is a peculiarity of the Spanish language resulting from the political need to differentiate actions aimed at the recreational consumer population from socially excluded consumers. The spread of HIV/AIDS brought about institutionalization of harm reduction in terms of health care, but the political dimension was relegated to a secondary role. Standardized risk reduction strategies are able to transform drug policies by recognizing prohibition as responsible for the most of the harm and to improve consumers' quality of life through Defending Human Rights.

Key Words

Políticas de drogas; Reducción de daños; Reducción de riesgos; Sociología del riesgo; Prevención.

ACLARACIÓN CONCEPTUAL SOBRE LOS CONCEPTOS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DE DAÑOS

La diferenciación entre reducción de daños y de riesgos es una particularidad genuina de la lengua castellana. El inglés, la primera lengua que acuñó un significado para referirse al trabajo con usuarios de drogas en activo, no hace tal diferencia. Ésta emplea el concepto *harm reduction* para referirse, tanto a las acciones dirigidas a las poblaciones adictas en situación de exclusión social, como a las estrategias que trabajan con consumidores recreativos normalizados (Rhodes y Hedrich, 2010; Grund, et al., 2010). En castellano, diferenciar ambos conceptos provoca confusión y algún que otro malentendido (Martínez Oró y Pallarés, 2013a,

2013b). En los mentideros profesionales son habituales las discusiones sobre sus semejanzas y sus diferencias. La controversia aumenta de nivel, cuando constatamos que no son meras elucubraciones informales, sino que la literatura profesional y científica está plagada de definiciones dispares entre sí (Romaní, 2013; Iraurgi, 2010; Isorna y Saavedra, 2012). Una falta de consenso que merma la cohesión interna y externa de estas prácticas, con la consecuente dificultad para ganar legitimidad y adquirir mayor capacidad técnica y más fuerza política (Sepúlveda y Romaní, 2013).

No pretendo realizar una revisión exhaustiva de la infinidad de definiciones que circulan sobre reducción de daños y riesgos, ni sobre sus similitudes y disparidades, pero no quiero dejar pasar la oportunidad de ilustrar hasta qué punto ha llegado la confusión. Por ejemplo, unas definiciones poco



defenitorias las encontramos en el «Libro blanco de la prevención en Cataluña». Éste presenta una definición para cada uno de los conceptos cuya única diferencia estriba en señalar que la reducción de daños «tiene como finalidad disminuir significativamente las consecuencias negativas resultantes del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas» mientras que la reducción de riesgos «tienen como finalidad disminuir los riesgos de sufrir daños asociados al consumo de drogas» (Gencat, 2008: 393-394). Es decir, y perdonen la redundancia, la reducción de daños reduce daños (consecuencias negativas) y la reducción de riesgos reduce riesgos, sin más explicación sobre qué entendemos por riesgo, daño, reducción o qué hace y cómo trabaja cada una de las estrategias para diferenciarse. Ejemplos como estos son recurrentes en la literatura profesional y científica.

Desde la irrupción de la reducción de riesgos, a finales de los noventa, ha sido común el uso de la expresión «reducción de daños y riesgos» (o viceversa). El análisis de los artículos y de los títulos (o subtítulos) de algunos programas, nos evidencia que está fórmula es muchos más habitual y recurrente desde hace poco más de un lustro. En ocasiones, se utiliza esta expresión salomónica para sortear el conflicto terminológico y conceptual que encierra recurrir a un u otro concepto. Además, como hay cierto consenso de que riesgo y daño son conceptos estrechamente relacionados se considera lógico presentarlos conjuntamente, así se soslaya la controversia de si lo que uno hace es reducción de riesgos o de daños.

Otra discusión es saber qué entienden los profesionales por cada uno de los conceptos. En la práctica es recurrente observar terribles confusiones entre riesgos

y daños. Hay voces que consideran que la intención es estratégica con la voluntad de asociar el mero consumo con los daños (Sepúlveda y Romaní, 2013). Desde nuestro punto de vista, sin menoscabar el análisis del fenómeno a partir de la noción de gubernamentalidad de Foucault, consideramos que, en la mayoría de casos, la confusión se produce en términos meramente formales, por ejemplo, el Canal Drogues de la Generalitat de Cataluña apunta «los riesgos asociados al uso lúdico de sustancias y al contexto festivo son: accidentes de tráfico (conducción bajo los efectos del alcohol u otras), violencia sexual, sexismo [...], insultos, agresiones físicas, peleas». Los accidentes de tráfico son un daño, el riesgo es conducir y la carga de riesgo aumenta si se hace bajo los efectos del alcohol. La violencia sexual es un daño, el riesgo de sufrirlo es ser mujer en una sociedad patriarcal. Insultos, agresiones físicas y peleas son daños, el riesgo es bien amplio desde beber más de la cuenta hasta a un ego superlativo pasando por una mirada sexista de la realidad social. Confusiones de esta magnitud, demasiado comunes en la práctica profesional, enmarañan las propuestas técnicas y dificultan diseñar intervenciones efectivas y eficaces.

Contrastada la confusión conceptual, cabe preguntarnos ¿es lo mismo la reducción de daños y la reducción de riesgos? El análisis tanto de los discursos profesionales como de la literatura científica y de los materiales técnicos nos hace concluir que la respuesta depende de qué elementos tomemos como referencia a la hora de dar cuenta de cada uno de los conceptos. Con la voluntad de aclararlos, aunque a riesgo de simplificar la complejidad, creemos oportuno realizar una taxonomía básica. Ésta nos muestra dos



conjuntos de factores que orientan las respuestas. Por una parte, aquellas posiciones que consideran que, a pesar de la existencia de ciertas diferencias formales, en el fondo se tratan de prácticas comunas. Y, por otra parte, aquellas posturas que, aunque reconocen ciertas similitudes, discurren que son estrategias diferentes.

La primera posición toma como referencia (consciente o inconscientemente) las propuestas teóricas formuladas por los estudios socioculturales sobre el riesgo (Luhmann, 2006; Le Breton, 2011; Douglas, 1996; Tulloch y Lupton, 2003). Estos proponen que beneficios y daños son las dos caras de la misma moneda. Cuando tiramos una moneda al aire, el riesgo es la probabilidad de que nos salga cara o cruz, es decir, en el momento que tomamos una decisión asumimos el riesgo de que ésta nos reporte beneficios o daños. Si lo aplicamos al ámbito de las drogas, tanto la reducción de daños como la de riesgos, trabajan para alterar la probabilidad de que el riesgo de consumir psicoactivos entrañe daños (Martínez Oró y Pallarés, 2013b). Tanto ofrecer jeringuillas estériles para inyectarse como repartir rulos higiénicos para esnifar, son prácticas que disminuyen el riesgo de sufrir un daño, ya sea el VIH/SIDA o la gripe. La primera acción se conceptualiza como genuina de la reducción de daños, la segunda, en cambio, es indiscutiblemente propia de la reducción de riesgos. Aunque, insistimos, ambas comparten el mismo denominador: disminuir la carga de riesgo¹ que implica administrarse

¹ La reducción de daños trabaja para reducir la carga de riesgo, pero por cuestiones inherentes a la condición humana, la carga de riesgo nunca será igual a cero. Siempre tendremos la incertidumbre (de eso se trata el riesgo) de saber si los consumos provocarán daños. Un riesgo que será mayor en

sustancias para evitar padecer daños, y a la vez, aumentar la probabilidad de que los consumos reporten beneficios, ya sean placeres suntuosos o eliminar el síndrome de abstinencia. Desde este razonamiento poco importa recurrir a una jeringuilla o a un rulo, porque tal como apunta la Antropología Médica, ambas son estrategias de autocuidado orientadas a sortear problemas y a garantizar la supervivencia (Romaní y Comelles, 1991; Llort, 2016).

Los segundos, toman en cuenta las características de los colectivos de intervención y las estrategias aplicadas para aplacar los riesgos y daños. En términos generales, la reducción de daños trabaja con inyectores y fumadores, principalmente de heroína y cocaína, habitualmente con problemas de adicción y en situación de exclusión social. En cambio, la reducción de riesgos interviene sobre personas normalizadas socialmente que emplean drogas de forma recreativa en los tiempos de ocio y en los contextos de fiesta. La naturaleza de las necesidades y de los consumos de cada uno de los colectivos, obliga a que las estrategias de intervención (discursos, materiales, diseños, contacto, protocolos, puesta en escena, etc.), sean totalmente diferentes entre sí (Rovira, 2001; Romaní, 2008).

Un ejemplo palmario. No es lo mismo ofrecer un espacio de calor-café donde los usuarios, después de dormir en la calle, se resguardan de las inclemencias sociales y meteorológicas, mientras ingieren el primer alimento del día, que ofrecer un espacio *chill-out* donde los consumidores integrados socialmente, después de bailar, pueden descansar, comer fruta y beber

personas con vulnerabilidades de diferente naturaleza (psicológicas, biológicas, socioculturales).



agua fresca (Fernández-Calderón, Díaz-Batanero, Barratt y Palamar, 2019).

Ambas acciones están orientadas a mejorar el bienestar de los usuarios, con la voluntad de mitigar los estragos asociados a los consumos, pero cada una de ellas se sitúa en coordenadas notoriamente alejadas de la cartografía social. En este sentido, como los consumidores adictos son la población diana de los programas de reducción de daños, algunas veces tan autorizadas como el Plan Nacional sobre Drogas, hacen diferenciaciones en función de las características de la población, por eso considera que la reducción de daños «atañe más a la faceta asistencial» y la reducción de daños se «encuentra más próxima a la prevención» (PNSD, 2019). En definitiva, la reducción de daños y riesgos comparten el mismo espíritu, derivado de la premisa de que hay gente que va a consumir, por mucho que algunos les imperen a que no lo hagan (Sepúlveda, 2011). Pero las estrategias para conseguir el objetivo común son notoriamente diferentes.

Alcanzado este punto, debemos preguntarnos ¿por qué en España, y por extensión en Hispanoamérica, se diferencian ambos conceptos cuando el inglés no lo hace? Si comparten la misma filosofía y premisas conceptuales ¿por qué hay necesidad de diferenciarlas? Si la diferencia estriba en el colectivo y las vías de consumo ¿un programa de reducción de riesgos no podría repartir jeringuillas en los contextos de fiesta si los usuarios las necesitan? Pues sí que podría, es más, debería hacerlo. Y, si lo hace ¿se convertiría en un programa de reducción de daños? Pues esto dependería del proceso de reflexión interna, pero de bien seguro que repartir jeringuillas le generaría controversias. Estas preguntas nos sirven para ilustrar que la diferenciación funciona bien porque los colectivos y las

prácticas de consumo circulan por geografías simbólicamente en las antípodas. Si los profesionales hispanoamericanos diferencian entre ambas prácticas, es porque cuando emergió la necesidad de trabajar con consumidores recreativos de drogas, se consideró estratégico presentar el trabajo con éstos, como una propuesta técnica diferente a la reducción de daños. El imaginario social sobre el qué representaba el mundo de la heroína era demasiado apabullante como para relacionarlo con las necesidades de los jóvenes que tomaban éxtasis. Por tanto, la decisión fue netamente política. La finalidad era plantear unas estrategias preventivas sin el lastre ni el estigma asociado a todo aquello que remitía a heroína.

EMERGENCIA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS EN ESPAÑA

A continuación pretendemos hilvanar los mimbres cardinales de la historia de la reducción de daños y riesgos en España. El objetivo es dar cuenta de cómo el trabajo con consumidores en activo ha evolucionado al albur de los acontecimientos socioculturales en general, y de las nuevas expresiones de los consumos de drogas en particular.

En 1967, con la aprobación de la Ley de Estupefacientes², España homologó su régimen jurídico sobre drogas a los estándares prohibicionistas derivados de la Convención de 1961 (Usó, 1996; Romaní, 2004). Durante los setenta, la actividad mediática construyó la representación social antidroga que comportó que la opinión pública conceptualizase

2 «Ley 17/1967, de 8 de abril, por la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes y adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de las Naciones Unidas».

el consumo de «Droga³» como una actividad deleznable propia de inadaptados, delincuentes y, en última instancia de enfermos mentales (Gayo, 2013; Martínez Oró, 2019). A finales de los setenta, cuando España empieza a sufrir los estragos de la recesión socioeconómica, la heroína irrumpe entre ciertos sectores de la juventud (Usó, 1996; Pallarés, 1996; Martínez Oró, 2016). Las consecuencias fueron tan inesperadas que la sociedad tuvo que enfrentarse a una realidad ignota. Como la representación social antidroga, los mitos, la desinformación y los estereotipos gobernaban el proceder de profesionales y administraciones, consideraron que la mejor estrategia para dar solución al «problema de la droga» era la mano dura, en cierta medida en consonancia con las respuestas que el franquismo daba a los problemas sociales. Los efectos no fueron los deseados. No solo no se consiguió erradicar la compraventa de drogas, sino que los consumidores fueron estigmatizados, criminalizados y expulsados a los márgenes sociales (Llort, 2013). El marco de referencia (*frame*) para hacer frente a las consecuencias negativas de los consumos compulsivos de heroína derivó en un escenario catastrófico, agravado con la aparición del VIH/SIDA.

Los antecedentes⁴ de la reducción de da-

- 3 La noción de «Droga» remite al miedo que generaba el consumo de drogas. Es una simplificación conceptual en que todas las sustancias ilegales eran «droga», con la consecuente estigmatización y criminalización.
- 4 Digo antecedentes porque cuando aparecieron los programas de mantenimiento con metadona, su dimensión asistencialista, con una marcada intencionalidad de conseguir la abstinencia, así como, sus implicaciones sobre la voluntad y el poder de decisión de la persona (ex) consumidora, desvirtuaba en gran medida el espíritu genuino de la reducción de daños (O'Hare *et al.*, 1995; IGIA, 1996).

ños los encontramos en los programas de mantenimiento de metadona (PMM) (Del Río y De Andrés, 1997; Romani, 2013). Hasta 1983, algunos psiquiatras y médicos especialistas en adicciones, prescribían metadona en su consulta privada amparándose al uso compasivo de opioides que contemplaba la legislación vigente. Como las voces beligerantes antidroga consideraban que había cierto desmán en su uso, en 1983 el Gobierno socialista aprobó una orden ministerial que permitía su uso únicamente en dos supuestos. El primero, cuando un juez ofrecía el tratamiento obligatorio como medida alternativa a la cárcel. El segundo, en el marco de determinados tratamientos residenciales, en una dosis que no podía superar los 40 miligramos diarios (Romani, 2004: 183). Esta situación dejaba desamparadas a la inmensa mayoría de personas en activo porque la actividad asistencial no les podía ofrecer un sustitutivo a la heroína. No fue hasta 1990, cuando el poder legislativo aprobó el Real Decreto 75/90 de 19 de enero, que flexibilizaba los criterios y permitía la metadona en centros ambulatorios (Borràs y Trujols, 2013). Desde ese momento, la implementación de PMM por el territorio español fue progresiva, hasta alcanzar una cobertura poblacional casi absoluta. Esta genealogía nos evidencia que los PMM, por un exceso de carga moral en las decisiones políticas, llegaron con quince años de demora. Su

Otras voces, no dudaban en considerar los PMM como estrategias de reducción de daño porque evitaban los riesgos asociados a los consumos de heroína y cocaína. En la actualidad, los PMM pueden integrarse dentro de una pauta de trabajo de reducción de daños porque es habitual que los consumidores en activo la tomen para contener los síndromes de abstinencia, emplear en menor medida la vía parenteral y consumir menos heroína.



implementación en el momento adecuado hubiese evitado gran parte de los estragos derivados de los consumos compulsivos de heroína (De la Fuente, et al, 2006; Manzanera, et al., 2000; Parés y Bouso, 2015).

Como bien sabemos, la piedra angular de la reducción de daños es aceptar que hay personas que consumen y, por motivos de diferente índole, perseverarán en el uso de sustancias psicoactivas (IGIA, 1996). Ante esta realidad, considera que debe ofrecerles un conjunto de acciones ajustadas a sus necesidades, con el objetivo de que su relación con las drogas sean lo menos lesiva posible (IGIA, 2000, 2001; O'Hare, Newcombe, Matthews, Buning y Drucker, 1995). Esta propuesta, que en la actualidad goza de gran consenso entre los profesionales de las drogodependencias, suponía un desafío a la máxima que había regido la breve, pero intensa, historia de la intervención en drogodependencias: la abstinencia. Las voces «antidroga», en clara posición hegemónica, conceptualizaban todo aquello que no fuese «libre de drogas» como una respuesta débil y equivocaba. Cabe recordar que los autores de *Repensar las Drogas* (González, Funes, González, Mayor y Román, 1989), libro que abogaba por una nueva política de drogas, fueron tildados de «quintacolumnistas» al servicio del narcotráfico. La apertura de las posiciones más intransigentes solo fue posible cuando irrumpió el VIH/SIDA. A finales de los ochenta, el VIH/SIDA se había difundido escandalosamente entre el colectivo de inyectores y las muertes por sobredosis se habían cobrado miles de víctimas. Entonces, a modo de último recurso, las administraciones se rindieron a la evidencia y empezaron a posibilitar, aunque con serias resistencias, estrategias de reducción de daños. Dudamos que el freno moral, que aplacaba

toda lectura alternativa a la cuestión de «la Droga», se hubiese levantado sin el escenario de incertidumbre y angustia que comportó el VIH/SIDA.

En la España de los ochenta, diferentes profesionales plantearon dudas sobre la eficacia de la abstinencia como receta única y abogaban por implementar estrategias de reducción de daños. Entre las voces alternativas, debemos destacar el grupo IGIA como punta de lanza. Esta asociación, con sede en Barcelona, aglutinaba profesionales díscolos del discurso hegemónico. Su espíritu crítico les hizo ahondar en las estrategias de la reducción de daños implementadas en algunas ciudades europeas⁵, con el objetivo de proponer alternativas teórico-prácticas ajustadas a la realidad española (IGIA, 1996; Adán y Cura, 2013). Román (2016:149) plantea que la reducción de daños en el seno de IGIA debía entenderse como un nuevo paradigma para cambiar las políticas de drogas, y no como «una forma de flexibilización y modernización de las técnicas de intervención; posición, esta última, que al no cuestionar el fondo de las políticas de drogas, siempre se encontraría con el techo que representan las mismas, cosa que repercutiría en su eficacia, como se ha visto posteriormente».

El trabajo del grupo IGIA los podemos dividir en dos ámbitos altamente imbricados: el político y el técnico. El ámbito político articulado mediante declaraciones políticas, publicaciones, seminarios o la Conferencia Latina de Reducción de Daños (CLAT). IGIA reivindicaba tanto los derechos de los consumidores como la incorporación de su punto de

5 Por ejemplo, la entidad *Lifeline* en Manchester, el trabajo de la *Junkiebond* en Rotterdam y Ámsterdam o el Modelo de Merseyside de reducción de daños.



vista en el diseño y aplicación de todas las acciones dirigidas a ellos (Llort y Borràs, 2013; Romani, 2017). Además, sostenía que el prohibicionismo era el responsable de la mayoría de los problemas provocados por las drogas, y por eso, el trabajo de reducción de daños debía convertirse en el ariete para cambiar las políticas (Sepúlveda, 2011). La dimensión política de IGIA, reforzó los argumentos del antiprohibicionismo español. Tuvo fuertes resortes en publicaciones, profesionales y entidades, pero no alcanzó la hegemonía y aún continua en posición subalterna. La propuesta técnica de la reducción de daños, estableció sinergias con unas administraciones necesitadas de repuestas pragmáticas para contener el VIH/SIDA. Ésta como presentaba objetivos pragmáticos, rápidamente fue tenida en cuenta por entidades y administraciones, aunque fuese a costa de perder la dimensión política.

El gran reto en drogodependencias era frenar las infecciones por VIH/SIDA porque en 1990 había en España 50.000 usuarios de drogas inyectables infectados (De la Fuente, *et al*, 2006). Esto comportó que algunas acciones de reducción de daños tomasen como marco de referencia las posturas salubristas, como es el caso de los programas de «intercambio de jeringuillas», en los cuales era capital inculcar la idea de no compartir jeringuillas e inyectarse en condiciones higiénicas. La capacidad para dar respuesta pragmática a las necesidades de la población consumidora de heroína, comportó que la reducción de daños sociosanitaria se institucionalizase progresivamente. Desde entonces han tenido cierto recorrido porque la demanda de sus servicios ha persistido. En consecuencia, las administraciones los han apoyado económica y estructuralmente. Es

más, en la actualidad, múltiples servicios y programas de reducción de daños son de titularidad pública, aunque normalmente están gestionados por ONG o empresas sociosanitarias. A partir de 2000, la progresiva apertura de salas de venupunción⁶ acentuó su proceso de institucionalización. El trabajo perentorio a «primera línea», los protocolos de intervención y el control de las administraciones sobre la práctica cotidiana, diluyen el componente político de la reducción de daños, en ocasiones hasta hacerlo desaparecer. Esto no quiere decir que el poder institucional impida a los profesionales de la reducción de daños mantener discursos críticos contra el prohibicionismo, pero dificulta, o directamente impide, que la práctica profesional tenga un marcado carácter político que permita alterar las relaciones de poder y el *status quo* en el ámbito de las drogas.

6 La primera la implementó la Agencia Antidroga de Madrid en el año 2000 en las Barranquillas, y gestionada en un primer momento por la ONG Trama. En 2001, la ONG Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD) por encargo de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), instaló un dispositivo móvil con cinco plazas para la inyección en el barrio de Can Tunis. En 2003, Médicos del Mundo, con el apoyo del Gobierno Vasco y el Ayuntamiento de Bilbao, instalaron la sala de Bilbao. En el barrio del Raval de Barcelona la Cruz Roja abrió la sala del SAPS con el apoyo de la Generalitat de Catalunya. En 2004, con la demolición del barrio de Can Tunis, la ASPB abrió la sala Balaard gestionada por ABD (Clua, 2015, 2016). Podemos observar como las salas de venupunción en España han proliferado gracias a las sinergias de las ONG y las administraciones públicas. Y, en los últimos años, hemos constatado que la institucionalización de la reducción del daño ha culminado cuando es la propia Administración quien gestiona la sala de venupunción, como por ejemplo, la sala de la Vall d'Hebrón y la del Fòrum.



Respecto a la reducción de riesgos, ésta es la adaptación de las premisas de la reducción de daños a las nuevas realidades del consumo de drogas, derivadas del proceso de normalización de los consumos recreativos de drogas (Martínez Oró, 2015, Martínez Oró y Arana, 2015). La normalización representa el marcador de cambio respecto los consumos compulsivos de heroína. Se empieza a gestar a finales de los ochenta, en las pistas de baile de Ibiza y Levante, para eclosionar en toda España durante los noventa de la mano de la música electrónica en los contextos de ocio nocturno (Oleaque, 2004). La normalización posibilita otra forma de relacionarse con las sustancias psicoactivas, especialmente MDMA, cocaína y *speed*. Una relación caracterizada por el uso recreativo, y meridianamente sensato, durante las noches de los fines de semana. Consumos que, en la inmensa mayoría de casos sin factores de vulnerabilidad severos que les afecten, no comprometen la normalidad social de la persona usuaria, porque las consecuencias que le reportan se desvinculan de la adicción, la marginalidad social y los trastornos graves.

A lo largo de los noventa, cuando la «epidemia de la heroína» empezaba a remitir y el VIH/SIDA empezó a controlarse con la introducción de los TARGA (antiretrovirales), la sociedad constató que los jóvenes recurrían a otras sustancias. Los medios de comunicación criminalizaron el uso de drogas recreativas, y azuzaron el pánico moral hacia fenómenos como «la ruta del bacalao» (Gayo, 2013). La receta política fue la misma: alarma, estigma y propuestas preventivas centradas en el «No». Ante las mismas respuestas a diferentes preguntas, en 1997 Energy Control, programa de la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), adaptó las

propuestas de la reducción de daños, especialmente los programas de ocio nocturno que venía desarrollando *Lifeline* en Manchester, a la nueva realidad de los consumos recreativos. Había nacido la reducción de riesgos en España. La premisa, obviamente, era ofrecer estrategias preventivas a consumidores en activo, pero que ni vivían en situación de exclusión social ni circulaban por los márgenes sociales, es decir, otras propuestas de acción para otros colectivos de consumidores. Tanto Energy Control como la mayoría de colectivos de reducción de riesgos surgidos *a posteriori*, como Ai Laket!! en el 2002 en Euskadi, Hegoak el 2000 en Navarra o Arsufesta en 2007 en Reus, fundamentan su propuesta técnica en intervenciones *in situ* en los contextos de fiesta, ofrecer información fidedigna sobre los efectos y las consecuencias de los consumos, promover prácticas de autoatención (hidratación, alimentación, higiene, etc.), y sobre todo, análisis de sustancias (Vidal, 2019; Measham, 2019). En definitiva, estrategias que destierran el tabú que se cierne sobre los consumos de drogas, a efecto de empoderar y mejorar la calidad de vida de las personas consumidoras, sin que ello pase necesariamente por la abstinencia.

La reducción de riesgos es reconocida como estrategia válida para dar respuesta a las necesidades de los colectivos que emplean drogas, como así lo acredita, por ejemplo, el Premio Europeo a la Prevención en Drogas organizado por el Grupo Pompidou (Consejo de Europa) otorgado a Energy Control en 2010, y Ai Laket!! en 2012. A pesar de los reconocimientos explícitos e implícitos, el trabajo preventivo enmarcado en la perspectiva de la reducción de riesgos representa un porcentaje bajísimo del total



de actividades «preventivas» que se realizan en el conjunto del Estado. La escasa cobertura poblacional de la reducción de riesgos es indicador de las resistencias sociales y políticas. A nuestro parecer la cuestión política deviene capital a la hora de dar cuenta del escenario actual de la intervención en el ámbito de las drogas. En esta línea, aunque sin ahondar en ella, porque representa otra discusión, debemos señalar el drama de la prevención en España, donde a pesar de ciertos esfuerzos institucionales, cualquier persona puede erigirse como voz autorizada para realizar una charla, taller o actividad «preventiva» sobre «la Droga», desde ex-consumidores de heroína a curas, pasando por un largo elenco de perfiles (policías, docentes de biología, activistas, profesionales de la enfermería y la medicina familiar, etc.).

LA DIMENSIÓN POLÍTICA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

La posición de poder de las políticas prohibicionistas les ha permitido controlar el relato sobre el saber de qué son las drogas (sometidas a fiscalización) y qué consecuencias acarrea su consumo (Romaní, 2013). En consecuencia, una parte importante de la opinión pública ha naturalizado, como cierto e inimpugnable, la «verdad» de que las sustancias son inherentemente problemáticas y provocan daños terribles, especialmente la adicción. Esta forma de construir las drogas ha propiciado unas intervenciones determinadas y ha imposibilitado otras que también hubiesen sido posibles, tal vez más eficaces. Conceptualizar las drogas a partir de una naturaleza perversa ha comportado que se haya invertido una cantidad ingente de recur-

sos económicos a estudiar su dimensión más problemática y a interpretarla desde premisas alarmistas (Duff, 2003, 2005). Ahondar en cuestiones «cerebrales», conductuales, cognitivas, neuronales, etc., he permitido relegar a un discreto segundo plano las cuestiones socioculturales, entre ellas, la dimensión sociohistórica que comportó la prohibición de algunas drogas (Duff, 2007, 2008).

La dimensión política en el ámbito de las drogas en general, y de la reducción de riesgos en particular, adquiere múltiples expresiones, pero para los propósitos de este texto, quiero destacar dos, que a mi parecer atraviesan críticamente el trabajo de la reducción de riesgos. La primera, y más acuciante, es reconocer que una parte importante de los daños a los cuales se exponen los consumidores son producto de la prohibición. Reconocer o no esta afirmación, altera totalmente la articulación técnica de cualquier estrategia de reducción de riesgos. La segunda, podemos dividir la reducción de riesgos en dos categorías (Parés, 2013): la sociosanitaria de espíritu prohibicionista y la política de filosofía normalizadora.

La primera, se centra en los aspectos meramente técnicos sin atender a la dimensión política. Asume, porque es una evidencia irrefutable, que hay personas que se drogan y perseverarán en ello. Por tanto, hay que trabajar para que su relación con las sustancias sea lo menos dañina posible. Acostumbran a tomar como referencia las propuestas teóricas de los factores de protección y riesgo, enmarcadas en un modelo tan genérico como el biopsicosocial. Éste, a pesar de reconocer la dimensión social, es esencialmente psicobiológico, y más, si tenemos en cuenta que en los últimos tiempos está derivando hacia explicaciones ne-



tamente neurobiológicas (Romaní, 2018). Las propuestas teóricas del llamado modelo biopsicosocial, terminan promoviendo análisis fundamentados en la dupla individuo-sustancia. En consecuencia, la dimensión social es solo un contexto ahistórico y apolítico, casi sin responsabilidad alguna en la expresión que adquieren los consumos, cuando bien sabemos que es la máxima responsable (Martínez Oró, 2015; Romaní, 2018, 2004).

La omisión sociocultural, entre otras consecuencias, implica renunciar a dos aspectos capitales para realizar una intervención ajustada a la realidad. El primero, desatender todas las implicaciones que conllevan los consumos en una marco prohibicionista. El segundo, no tener en consideración los procesos a través de los cuales los consumidores dotan de sentido, en función de los tiempos y los contextos, de sus propios consumos. En consecuencia, la reducción de riesgos sociosanitaria se convierte en un apéndice del prohibicionismo (Parés, 2013). Propone a los consumidores ciertas estrategias para evitar daños pero siempre con un alcance sociosanitario, nunca político. El prohibicionismo transpira en esta propuesta cuando plantea que el mejor escenario para reducir riesgos es la abstención, como si está fuese posible o deseable, en todos los casos y en todos los consumidores.

La segunda, la reducción de riesgos de filosofía normalizadora. Esta orientación, a mi parecer, es la única con capacidad transformadora porque reconoce que la mayor parte de los daños derivan de las políticas prohibicionistas. Reconocer el prohibicionismo como fuente de riesgos, pero a la vez, de desigualdades, vulnerabilidades y relaciones de poder, le permite tener una visión privilegiada del fenómeno a la hora de intervenir

sobre los consumidores, y por eso lo puede hacer con suma efectividad porque reconoce sus necesidades reales. Esta orientación, defensora de los Derechos Humanos, pone en el centro de su trabajo los derechos de los consumidores con el objetivo de empoderarlos para que puedan gobernar su alma y cuerpo como consideren oportuno. Permite poner en práctica estrategias de intervención basadas en el respeto, sin miradas paternalista, evita el estigma y promueve el consumo responsable. Su filosofía es de tipo normalizador, es decir, acepta que los consumos forman parte del acervo sociocultural de la especie humana (Edwards y Arif, 1981). Esta orientación en consecuencia posee un marcado componente político que trabaja también para transformar las políticas de drogas.

CONCLUSIONES

A finales de los noventa, diferenciar entre reducción de daños y reducción del riesgo tuvo una función estratégica para distinguir las acciones preventivas dirigidas a la población inyectora, de las que trabajaban con consumidores recreativos. Una particularidad de la lengua castellana que no se produce en inglés. Las premisas teóricas son las mismas, por tanto, a nivel conceptual no existe ninguna necesidad de diferenciarlas, aunque a nivel técnico y estratégico habrá quien quiera realizar un cortafuegos para defender sus intereses. La reducción de daños en sus inicios contenía una fuerte carga política de crítica al prohibicionismo. La necesidad de dar respuesta al VIH/SIDA implicó que se implementasen programas de reducción de daños a partir de premisas salubristas, con la consecuente despolitización



de la reducción de daños. La reducción de riesgos se dirigió a los consumidores recreativos reproduciendo los mismos esquemas que la reducción de daños, en consecuencia hay propuestas de claro corte sociosanitario que funcionan de extensión del prohibicionismo, mientras que la reducción de riesgos de filosofía normalizadora presenta una clara voluntad transformadora para alcanzar unas políticas de drogas respetuosas con los Derechos Humanos. En la actualidad, gran parte de la investigación y la intervención en el ámbito de las drogas carece de las dimensiones políticas y sociohistóricas que nos permitirían abrir la puerta para analizar el fenómeno en su totalidad y complejidad. Mientras las omitamos continuaremos mirando la realidad de las drogas desde el cerrojo de la puerta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adán, E. y Cura, P. (2013). "La reducción de riesgos entre los inyectores de drogas", en David Pere Martínez Oró y J. Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Milenio, Lleida, pp. 209-218.
- Borràs, T. y Trujols, J. (2013). "La reducción de riesgos en el ámbito asistencial", en David Pere Martínez Oró y J. Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Milenio, Lleida, pp. 219-238.
- Clua, R. (2015). Las salas de consumo higiénico en España. *Salud Colectiva*, 11 (2), 261-282.
- Clua, R. (2016). ¡Apúntame a la sala! *Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- De la Fuente, L.; Brugal, T.; Domingo-Salvany, A.; Bravo, M. J.; Neira-León, M.; Barrio, G. (2006). Mas de treinta años de drogas ilegales en España: Una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80, pp. 505-520.
- Del Río, M. y De Andrés, M. (1997). Metadona y legislación en España. En Parrino, (ed.), *Manual de tratamiento con metadona*. Barcelona: Grup IGIA, pp. 333-48.
- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós. Original 1986.
- Duff, C. (2003). The importance of culture and context: rethinking risk and risk management in young drug using populations. *Health, Risk & Society*, 5 (3), 285-299.
- Duff, C. (2005). Party drugs and party people: Examining the normalization of recreational drug use in Melbourne, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 16 (3), 161-170.
- Duff, C. (2007). Towards a theory of drug use contexts: space, embodiment and practice, *Addiction Research and Theory*, 15 (5), 503-519.
- Duff, C. (2008). The pleasure in context. *International Journal of Drug Policy*, 19 (5), 384-392.
- Edwards, G. y Arif, A. (eds.) (1981). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Ginebra: OMS.



- Fernández-Calderón, F., Díaz-Batanero, C., Barratt, M. J., & Palamar, J. J. (2019). Harm reduction strategies related to dosing and their relation to harms among festival attendees who use multiple drugs. *Drug and alcohol review*, 38(1), 57-67
- Gayo, A. (2013). "El papel de los medios de comunicación: más fuentes, más rigor, más debate... menos riesgos", en David Pere Martínez Oró y J. Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, pp. 143-156.
- Gencat (2008). *Llibre blanc de la prevenció a Catalunya. Consum de drogues i problemes associats*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- González, C.; Funes, J.; González, S.; Mayol, I.; y Romaní, O. (1989). *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*. Barcelona: Grup IGIA.
- Grund, J. P.; Coffin, P.; Jauffret-Roustide, M.; Dijkstra, M.; de Bruin, D. y Blanken, P. (2010). "The fast and furious – cocaine, amphetamines and harm reduction". En T. Rhodes y D. Hedrich (eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, pp. 191-232.
- IGIA (ed.) (1996). *Programas de reducción de riesgo: Grupos de usuarios, Tratamientos con heroína, información y educación para un mejor uso de drogas*. Barcelona: Publicacions del grup IGIA.
- IGIA (ed.) (2000). *Contextos, sujetos y drogas. Una manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona y FAD.
- IGIA (2001). *Gestionando las drogas*. Barcelona: Publicacions del Grup Igia.
- Isorna, M y Saaverdam D. (2012). *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Pirámide.
- Iraurgi, J. (2010). "Reducción de Daños y Riesgos: lecciones aprendidas y retos futuros". En T. Laespada y J. Iraurgi (eds.), *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto, pp. 183-223.
- Le Breton, D. (2011). *Conductas de riesgo. De los juegos de morir a los juegos de vivir*. Buenos Aires: Topia.
- Llort, A. (2013). "La organización de los usuarios" En D. P. Martínez Oró y J. Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Lleida; Milenio, pp. 195-208.
- Llort, A. (2016). *El pájaro está en el nido". Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción. Una etnografía del consumo de cocaína en Reus*. Tesis Doctoral. Universidad Rovira i Virgili.
- Llort, A. y Borràs, T. (2013). *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el abuso de drogas*. Barcelona: Grup IGIA.
- Luhmann, N. (2006). *Sociología del riesgo*. México: Universidad Iberoamericana. (Original 1991).
- Manzanera, R.; Torralba, L., Brugal, M.T., Armengol, R., Solanes, P. i Villalbí, J.R. (2000). *Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un*



- programa integral en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 14(1): 58-66.
- Martínez Oró, D. P. (2015). *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas*. Barcelona: Bellaterra.
- Martínez Oró, D. P. (2016). *Del tabú a la normalización. Familias, comunicación y prevención del consumo de drogas*. Barcelona: Bellaterra.
- Martínez Oró, D. P. (2019). *Opioides en España. Ni repunte ni crisis a la americana*. Barcelona: Publicaciones Episteme.
- Martínez Oró, D. P. y Arana, X. (2015). Qué es la normalización en el ámbito de los usos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 40 (3), pp. 27-42.
- Martínez Oró, D. P. y Pallarés, J. (2013a). "Riesgos, daños y placeres". En D. P. Martínez Oró y J. Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Milenio, Lleida, pp. 23-36.
- Martínez Oró, D. P. y Pallarés Gómez, J. (2013b). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio.
- Measham, F. C. (2019). Drug safety testing, disposals and dealing in an English field: Exploring the operational and behavioural outcomes of the UK's first on-site 'drug checking' service. *International Journal of Drug Policy*, 67, 102-107
- O'Hare, P. A.; Newcombe, R.; Matthews, A.; Bunin, E. y Drucker E. (1995). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia. Original de 1992.
- Oleaque, J. M. (2004). *En éxtasi*. Barcelona: Ara llibres.
- Pallarés, J. (1996). *El placer del escorpión. Antropología de la heroína en Cataluña*. Lleida: Milenio.
- Parés, O. (2013). "La génesis de la reducción de riesgos", en D. P. Martínez Oró y J. Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Milenio, Lleida, pp. 71-88.
- Parés, O. y Bouso, J. C. (2015). *Hacer de la necesidad, virtud. Políticas de drogas en Cataluña, de la acción local hacia el cambio global*. Nueva York: Fundaciones Open Society.
- PNSD (2019). Disminución del riesgo y reducción del daño. Online. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es>
- Rhodes, T. y Hedrich, D. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Romaní, O. (2004). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel. Original de 1999.
- Romaní, O. (2008). "Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño", *Salud Colectiva*, 4 (3), pp. 301-318.
- Romaní, O. (2013). "Reducción de daños y control social ¿De qué estamos hablando?" En D. P. Martínez Oró y J. Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Milenio, Lleida, pp. 103-116.
- Romaní (2017). La experiencia de Grup IGIA. Etnografía, educación para la salud, comunicación (1984-2014). En Comelles, J. M. y Perdigueró-Gil, E. (eds.), *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y socia-*



- les. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili, pp. 139–157.
- Romaní, O. (2018). Drogas y ciencia, unas relaciones difíciles. De enfermedades cerebrales, adicciones y otros mitos.
- Romaní, O., & Comelles, J. M. (1991). Les conditions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendence. *Psychotropes*, VI(3), 39–57.
- Rovira, J. (2001). Respuesta preventiva desde el mundo del baile y las músicas electrónicas. En Grup IGIA (ed.) *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup IGIA.
- Sepúlveda, M. (2011). *El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: exotización, vicio y enfermedad*. Tesis Doctoral. Universidad Rovira i Virgili.
- Sepúlveda, M. y Romaní, O. (2013). *Conceptualización y política de la gestión del riesgo*. En D. P. Martínez Oro y J. Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Milenio, Lleida, pp. 89-102.
- Tulloch, J. y Lupton, D. (2003). *Risk and everyday life*. London: SAGE.
- Uso, J. C. (1996). *Drogas y cultura de masas (España 1855-1995)*. Madrid: Taurus.
- Vidal, C. (2019). Los servicios de análisis de sustancias: una herramienta imprescindible para la reducción de riesgos y daños. *Revista Española de Drogodependencias*, 44(3), 67-77.