

Artículos seleccionados

Otros encuentros posibles desde la salud colectiva y la reducción de daños.

Belén Díaz^a

Fecha de recepción:	25 de marzo de 2023
Fecha de aceptación:	29 de marzo de 2023
Correspondencia a:	Belén Díaz
Correo electrónico:	beludiaz1717@gmail.com

a. Lic. Trabajo Social UBA, Residencia Trabajo Social Ministerio de Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen:

El presente es un análisis de intervención desde el modelo de abordaje de reducción de riesgos y daños a la luz de los conceptos propuestos por la Salud Colectiva. Analiza los abordajes del equipo interdisciplinario de un efector público de atención ambulatoria del primer nivel de atención a usuarias/os atravesadas/os por situaciones de consumo problemático desustancias psicoactivas. Estas intervenciones tienen lugar en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la Residencia de Trabajo Social. El siguiente escrito se pregunta si el modelo favorece los principios de prevención y promoción de la salud propuestos como principios de la Atención Primaria de la Salud; si nos permite a les profesionales generar encuentros productores de cuidados junto a las/os usuarias/os, con la potencialidad de construir acogimiento, vínculos y responsabilización. La metodología utilizada es cualitativa, sus objetivos son conocer las características del modelo de

reducción de riesgos y daños; explorar sus articulaciones teóricas con las concepciones de producción de cuidado, conexiones existenciales y micropolítica del trabajo vivo; y analizar sus abordajes en territorio. Algunas conclusiones son la necesidad de una mayor cantidad de dispositivos y profesionales que trabajen desde este modelo para llevar adelante junto a las/os usuarias/os sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados desde un lugar de acogida y respeto, generando encuentros productores de salud; y que este modelo permite contextualizarles a través de propuestas acordes a sus particularidades y en ese sentido, genera mayor accesibilidad a la salud.

Palabras clave: Reducción de riesgos y daños - Salud Colectiva - Cuidados.

Summary

This is an intervention analysis from the risk and damage reduction approach model in light of the concepts proposed by Collective Health. Analyzes the approaches of the interdisciplinary team of a public provider of outpatient care at the first level of care for users undergoing situations of problematic consumption of psychoactive substances. These interventions take place in the Autonomous City of Buenos Aires, within the framework of the Social Work Residence. The following paper asks if the model favors the principles of prevention and health promotion proposed as principles of Primary Health Care; if it allows us professionals to generate care-producing encounters with the users, with the potential to build foster care, bonds and responsibilities. The methodology used is qualitative, its objectives are to know the characteristics of the risk and damage reduction model; explore its theoretical articulations with the conceptions of care production, existential connections and micropolitics of living work; and analyze their approaches in the territory. Some conclusions are the need for a greater number of devices and professionals who work from this model to carry out their health-disease-attention-care processes together with the users from a place of welcome and respect, generating productive encounters of health; and that this model allows them to be contextualized through proposals according to their particularities and, in this sense, generates greater accessibility to health.

Key words: Risk and damage reduction; Collective Health; Care.

Introducción

El presente trabajo, desarrollará el modelo de reducción de riesgos y daños (en adelante, RRD) para el abordaje de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y la prevención de los mismos, desde una perspectiva de atención primaria de la salud, teniendo como principios la prevención y promoción de la salud y los derechos de las/os usuarias/os.

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

Tanto el modelo de RRD y los aportes de la Salud Colectiva, serán utilizados como insumos para leer las

prácticas desarrolladas en un dispositivo territorial de atención ambulatoria a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas en situación de vulnerabilidad en el marco de la residencia de trabajo social en salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.).

Desde mi experiencia como residente solo en el dispositivo mencionado durante mi rotación electiva y programática correspondiente al último año, pude ver en acto esta perspectiva de reducción de riesgos y daños. A mi entender, hay algo que esa vacancia nos dice del sistema de salud y sus trabajadoras/es. Este vacío además es sustentado por una política pública y un marco legal donde aún perdura el prohibicionismo. Me pregunto si no es necesario que haya más espacios y profesionales que trabajen con esta perspectiva para tener más herra-

mientas que permitan poder llevar adelante junto a las/os usuarias/os sus procesos de enfermedad-salud-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 las/os usuarias/os ¿este modelo puede favorecer los principios de prevención y promoción de la salud propuestos por la Atención Primaria de la Salud? ¿Puede dar lugar de forma amena a problematizar el consumo de sustancias psicoactivas? ¿Nos permite como profesionales de la salud generar otro tipo de encuentros que sean productores de cuidados y promover el acceso a la salud a la población usuaria de sustancias?

La metodología utilizada para el análisis es cualitativa, los objetivos específicos son: conocer las características del modelo de RRYD; explorar las articulaciones teóricas de este modelo con las concepciones de producción de cuidado, conexiones existenciales y micropolítica del trabajo vivo; y analizar los abordajes propuestos desde el modelo de RRYD en sus líneas asistenciales y preventivas.

¿Qué es reducción de riesgos y daños?

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 socio-sanitarios reales. Las ciudades pioneras fueron Ámsterdam, Rotterdam y Liverpool, y por primera vez se les dió lugar a las experiencias de usuarias/os incorporándoles como interlocutoras/es válidas/os 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 más 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 en una graduación continua de lo perjudicial de las consecuencias producidas por los consumos problemáticos para usuarias/os, avanzando en el camino hacia la disminución del daño. Se favorece una imagen donde el padecimiento sea entendido como tal, desde un punto de vista socio-sanitario y no penal. (Menéndez, 2012) De este modo, se promueven los derechos a la salud; el acceso justo e igualitario; la libertad; al deseo y al placer.

Así pues, las estrategias de RRYD tienen como objetivo: aumentar la accesibilidad al sistema socio-sanitario; asistirse con un umbral mínimo de exigencia sin imponer la abstinencia 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 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 que otorguen accesibilidad a diversos servicios y la satisfacción de necesidades básicas; salas de venopunción higiénica; creación de asociaciones de usuarias/os; comités de apoyo de familiares; redes de profesionales; 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 políticas, a través de la movilización de la sociedad civil y de la articulación con instituciones políticas; además de fomentar la formación de profesionales en el área temática.

El principio fundamental que atraviesa las prácticas de RRyD es el reconocimiento del otro como ciudadana/o situándolo en un lugar central como protagonista activa/o 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 sujeto 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.

El tercer aspecto es la participación de usuarias/os en la gestión y de sus redes vinculares, legitimando sus sentires y pensares, muchas veces estigmatizadas/os y marginalizadas/os por las representaciones sociales negativas asociadas al consumo que fueron impuestas por el modelo prohibicionista, y a la vez violentadas 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, y que de esta manera podemos crear programas y dispositivos que logren acercarse a las poblaciones y producir salud, ya que tienen que ver con su vida cotidiana 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 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 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 RRyD 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 por ejemplo el 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; y que 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, Menéndez (2012), señala que es imprescindible incorporar al planteo de RRyD que haya 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 que ofrecen las drogas.

Por otro lado, Miño Vargas (2021) incorpora a la discusión de los marcos legales que regulan la intervención profesional en esta temática, los conceptos de intersectorialidad y corresponsabilidad 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 Miño Vargas (2021), 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.

El modelo enmarcado en la perspectiva de salud colectiva

Para empezar, coincido con el planteo de que el modelo de RRYD, propone cuidar y liberar, y además subvierte la lógica de responsabilización del individuo al exigirle la abstinencia, y pone 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 (Alli et al., 2018). 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 la población usuaria, 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 las/os usuarias/os propuestas complejas que abarquen un 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 humano, y se busca entender cuál es su relación con la sustancia, entendiendo que la misma puede generar consecuencias negativas, pero a la vez cumplir con 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 en una sociedad capitalista, que al decir Lewkowicz (1999), produce una subjetividad de consumidor en vez de ciudadano, a la vez que instituye un prototipo psico-social de “adicto”. 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 consumidor” (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.

Con esto quiero decir, que 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 significativo 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, considero que a la vez se puede enmarcar la RRYD en el campo 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).

De acuerdo con Franco y Mehry (2011), el proceso de cuidado es intenso y dinámico, está condicionado por los afectos que se dan entre las/os trabajadoras de la

salud entre sí y con las/os usuarias/os. 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 las/os profesionales de la salud y la comunidad. En esta línea, se puede decir que las/os trabajadores de la salud producen cuidado junto a las/os usuarias/os en sus encuentros cuando desarrollan espacios de amparo, acogida, responsabilización y vínculo. A continuación, con relación al término de 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 cuidada/o amplía estas redes, hay producción de más vida, si en cambio, las disminuye, se están produciendo barreras para un buen vivir.

Siguiendo a las/os autoras/es (Op. Cit., p.26) "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, las/os usuarias/os en sus nomadismos y encuentros, construyen redes de conexiones existenciales, escapando a los lugares instituidos por el sistema de salud, con su modo nómada de andar la vida (Op. Cit., 2012).

Luego, acerca de la micropolítica del trabajo vivo, la misma se da en los encuentros entre trabajadoras/es de la salud y usuarias/os 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. Además, 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 contraponen 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 en mi rotación del último año, pude ver en acto esta perspectiva. A mi entender, hay algo que esa vacancia nos dice del sistema de salud.

Finalmente, el modelo de RRYD se propone no solo como de reducción de daños, sino también como herramienta de abordaje para la prevención y promoción de la salud. 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. Menéndez (2012) y Orioni (2008).

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 (Ministerio de Salud Nación, 2016).

Abordajes de reducción de riesgos y daños

El Centro de Salud donde se realizó la experiencia de intervención, es un dispositivo territorial de atención ambulatoria de primer nivel de atención, cuya población se encuentra en situación de vulnerabilidad global atravesada por situaciones de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. La institución se encuentra

ubicada en el Barrio Ricciardelli (Villa 1.11.14), Bajo Flores, CABA.

El equipo interdisciplinario está integrado por profesionales de Medicina General, Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, Musicoterapia y un tallerista de Dramaturgia. Cuenta con dispositivos intramuros y extramuros destinados a la prevención, asistencia e inserción social y territorial.

En relación a mi proceso de rotación por este dispositivo, el equipo profesional interdisciplinario del mismo se encuadra dentro del paradigma de RRYD al contar con un enfoque de umbral mínimo de exigencia, que promueve encuadres flexibles y la promoción del autocuidado de la salud integral.

Con respecto a las características de la población usuaria, en su mayoría son varones que promedian los 25 años o más. Se podría decir que esta población se encuentra atravesada por la interseccionalidad de múltiples vulnerabilidades, como lo son la pobreza; el género; la criminalización y represión sobre una población que se encuentra constantemente violentada y en conflicto con la ley; la condición de migrantes; entre otros factores que conforman una vulnerabilidad global que hay que tener en cuenta como equipo para intervenir.

Así pues, todas las acciones que reduzcan estas variables y estimulen las fortalezas y capacidades de una comunidad contribuyen a una gestión más eficaz del riesgo. Desde este lugar considero que el trabajo social tiene mucho que aportar en la gestión de riesgos ya que puede incorporar una perspectiva holística en sus intervenciones, rescatando la complejidad del ser y sus potencialidades. Al mismo tiempo, en las intervenciones se fortalecen estos aportes disciplinares desde un posicionamiento ético-político de reconocimiento del otro como portador 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, y la generación de accesibilidad a derechos vulnerados. Esto es fundamental con un sector de la población al cual se le han suspendido de forma sistemática y dirigida sus derechos, en sus cuerpos se ha inscripto la cuestión social (Burwiel, 2018).

A la vez, se puede observar en la población que acude al dispositivo un nomadismo al decir de Mehry et. al. (2012), usuarias/os que trazan sus propias trayectorias

entre la calle y diferentes dispositivos de salud mental que les alojan desde diversas miradas, que conllevan a intervenciones contradictorias debido a los distintos paradigmas que conviven dentro de los equipos de salud, instituciones, y la política pública. Estos diversos momentos en las trayectorias tienen que ser alojados y nos dan una idea de la compleja trama que nos constituye como seres humanos, por lo tanto, es necesario construir activamente una compleja y diversa red de cuidados en conjunto con las/os usuarias/os alojando sus deseos de construir su propia trayectoria terapéutica, articulando con instituciones y organizaciones con las que podemos compartir o no miradas.

Por otro lado, las subjetividades que acuden al dispositivo son transformadas en los encuentros que se dan entre profesionales y usuarias/os, si adscribimos a la concepción de que: «un encuentro con una obra de arte puede disparar nuevas líneas de subjetivación» (Mehry et. al, 2012, p.30), el dispositivo se propone a través de las diversas actividades, talleres, y encuentros individuales, la interpelación a través de lo artístico y del vínculo. Se promueven talleres en base a las inquietudes de sus participantes, y se brindan espacios de: huerta; grupo de mujeres; ranchadas; futsal de mujeres; arteterapia; dramaturgia y radio comunitaria. Considero que estos espacios son productores de subjetividad, cuidados y de salud, a la vez que generadores de conexiones existenciales entre las/os usuarias/os entre ellas/os; para con el equipo de salud y con la comunidad, ya que promueven:

- La creación y el fortalecimiento de los vínculos sociales y comunitarios, generando la ampliación de conexiones existenciales.
- Compartir y trabajar las emociones, en un espacio seguro y de respeto entre pares y profesionales con el fin de recuperar las biografías, poniendo en palabras sus vivencias, como un proceso que permite la legitimación y subjetivación de sus trayectorias.
- Compartir estrategias entre pares en pos del acceso a derechos que les son vulnerados.
- Valorizar su voz y lo que tienen para comunicar, en tanto ellas/os eligen cómo quieren ser escuchadas/os y qué transmitir.
- Generar posibles transformaciones y la creación de escenas nuevas y disfrutables en sus trayectorias.
- Mediatizar un acercamiento que posibilite establecer un vínculo con quienes habitan las calles con el fin de generar accesibilidad al sistema de salud.
- Compartir aprendizajes que resulten de utilidad para la vida cotidiana, rescatando saberes propios.

✎ Valorar los saberes populares y las tradiciones, incorporando un enfoque intercultural, lo que permite intervenir desde el respeto y la consideración de los mismos, las prácticas, y ritos individuales y colectivos que son generados a partir de los arraigos culturales (Miño Vargas, 2021).

En este sentido se generan redes existenciales, se promueve la inserción social de las/os usuarias/os y la ruptura con el estereotipo del "adicto" y su consiguiente exclusión, entendiendo que en el consumo también hay un vínculo, un lazo social y se desarrollan ritos acordes (Burriel, 2018), por lo tanto, hay que abrir la posibilidad a la creación de otros vínculos productores de salud que alojen los deseos de usuarias/os, y de recuperar lo comunitario subsumido por la subjetividad de consumo.

De manera que los dispositivos de umbral mínimo encuadrados en el modelo de RRYD, fomentan la creación de mecanismos de apoyo social y el desarrollo de habilidades de afrontamiento más adaptativas, entendiendo al sujeto como alguien que posee respuestas de afrontamiento inadaptadas en lugar de patologizar o estigmatizar, abriéndole las puertas para que pueda entrar tal cual es y alojando la integralidad del ser: las dimensiones históricas, sociales, subjetivas y culturales (Marlatt, 1998).

En consecuencia, se produce trabajo vivo en acto a través de la generación de redes de conexiones existenciales que producen cuidado, es decir, salud. Y a la vez, se desarrollan actos de resistencia micropolítica, prácticas creativas que buscan la afirmación de la vida entendiendo que la estigmatización, criminalización y exclusión de quienes consumen y a la vez son parte de los sectores populares, es intolerable.

Observaciones Finales

En primer lugar, a partir de la estigmatización y las consecuentes barreras de accesibilidad al sistema de salud con las que se encuentra la/el usuaria/o de sustancias, se nos hacen visibles 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. Estas tensiones están vivas al interior del campo de la salud y de sus profesionales, como así también son parte de la agenda pública donde conviven el modelo abstencionista/punitivista y de RRYD, lo cual marca nuestras intervenciones. Es aquí

donde nos encontramos con un desafío profesional: la responsabilidad ética de cuestionar estereotipos, como en este caso, el estereotipo del "adicto" que solo produce desubjetivación y violencia, en pos de generar accesibilidad al sistema de salud. En este sentido, el enfoque de reducción de riesgos y daños nos otorga herramientas de abordaje para poder lograr este objetivo.

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 de los equipos de salud a trabajar la temática desde el enfoque de RRYD, y considero necesario que haya más dispositivos y profesionales que trabajen desde este paradigma para poder llevar adelante junto a las/os usuarias/os sus PSEAC desde un lugar de acogida y respeto generando encuentros productores de salud con la potencialidad de construir acogimiento, vínculos y responsabilizaciones.

En segundo 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 otras/os profesionales y las/os usuarias/os, en pos de alojar su deseo en la construcción de su propia trayectoria terapéutica, contemplando su carácter nómada, ya que es una problemática compleja de salud mental y son escasas las respuestas institucionales. Inclusive esta práctica introspectiva y reflexiva sobre los propios quehaceres muchas veces rutinizados y estandarizados, puede dar lugar a la transformación de los dispositivos en el sentido de que los encuentros que se den en ellos alberguen una micropolítica que garantice derechos, realizando de esta manera, operaciones críticas sobre la subjetividad instituida, y, por lo tanto, originando otro tipo de subjetividades instituyentes tanto para profesionales como para usuarias/os.

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 al sujeto 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 favorece los principios de prevención y promoción de la salud propuestos por la APS, contextualizando a la persona a través de propuestas acordes a su particularidad 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-político de reconocimiento del otro como ciudadano portador 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, y la generación de accesibilidad a derechos vulnerados.

Bibliografía

- Alli A., Burwiel J.P., Carrillo T. (2018) *CAPS Ad Gregorio da Matos: una experiencia de atención psicosocial y gestión de riesgos en escenarios de consumo*. *Revista Clepios* 2018; 24 (76): 87-89
- 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
- CELS. (2019) *La guerra contra el narcotráfico*. <http://cels.org.ar/drogas/>
- Damin, C. F., & 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.
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte (2016) *Modelo de Reducción de Riesgos y Daños*.
- 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.
- 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., & Franco, T. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Textos seleccionados. 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&tlng=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 EN: Actas. Ensenada: UNLP. FJyCE 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. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v5n3/v5n3a07.pdf
- Nadelman E. (2011) *Buenas y malas noticias en el debate sobre drogas*. En: Touzé G. Goltzman P. (Comps). *América Latina debate sobre drogas* (pp. 361-366) *Intercambios*. Buenos Aires.
- 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?v=V73MNOob_BU&t=912s

Fuentes documentales

- 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° 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>

