

Efrem Milanese (2011) Metodologías innovadoras en desarrollo comunitario: un modelo de Reducción del daño. Universidad de Costa Rica, Comisión Mixta de Atención a la Indigencia de San José, Humanitas, Instituto Mixto de Ayuda Social. San José de Costa Rica 7 Oct. 2011.

[Abstract. La reducción del daño es una práctica antigua que se basa en la constatación que las personas tienen derechos aunque no cumplan con las expectativas de la sociedad en la cual viven y a la cual pertenecen. Hablar de un modelo de reducción del daño tiene sentido si este es considerado como una componente de un modelo más amplio y se inserta en los procesos de participación/condivisión que dan vida a la cultura y en los cuales se enraízan la prevención, las formas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Se propone una descripción del desarrollo de un modelo de prevención/tratamiento/reinserción que se ha finalizado con la modelización del llamado tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave.]

Palabras clave: prevención, reducción del daño, rehabilitación, tratamiento, reinserción social, tratamiento comunitario.

INTRODUCCIÓN

Desde casi noventa años específicamente en el tema de drogas se ha desarrollado ese conjunto de prácticas que han sido reunidas bajo la categoría de reducción del daño.

Sin embargo la reducción del daño no es un fenómeno tan reciente, este cruza la historia de la humanidad y se acompaña a los procesos de urbanización que a sus veces se acompañan a los procesos de exclusión social. Este proceso ha sido llamado de maneras diferentes en el transcurso de la historia.

Entre los romanos se llamaba “*pietas*”, sucesivamente “*caritas*” en tiempos modernos “*asistencia*” con su derivación más triste que es el *asistencialismo*, que es una especie de abandono institucionalizado.

En la baja edad media por ejemplo los habitantes de calle eran proporcionalmente más numerosos de hoy, y también en el 1400-1500. Había leyes que los mantenían fuera de las ciudades y las murallas que habían defendido las ciudades durante las guerras de la edad media eran utilizadas para proteger a los ciudadanos de los sin tierras, sin casas, sin nada... proteger de la pobreza extrema.

Se puede pensar que los “destinatarios” de la reducción del daño han sido históricamente llamado “los pobres” aunque con el pasar del tiempo cambiaran nombre: barbaros, mujeres histéricas, extranjeros, los de otras religiones, de otras culturas, con un color de piel diferente, los que tienen una orientación sexual diferente, los que no tienen fe, inmigrados, sin papeles, clandestinos, leprosos, habitantes de calle, consumidores de drogas, personas con VIH etc. La maquina social de la exclusión es fecunda, creativa, eficiente, incansable, crea al mismo tiempo el mal y el remedio... el remedio, no la cura!

Les recuerdo un ejemplo iluminante y trágico de lo que ha sido la asistencia/asistencialista en el pasado. En la baja edad media había en el mundo cristiano de entonces 19 000 colonias de leprosos (Foucault, 1972). Estas estructuras cerradas, una verdadera estrategia del encierro y del aislamiento hecha política de

exclusión se conservaron en el tiempo hasta ser utilizados para el internamiento de los locos, de los heréticos, de los criminales y de los libertinos... (Foucault, 1972), (Foucault, 1975).

Una particularidad de estas estructuras es que tienen una larga historia de antecedentes: Pacomio (315), Basilio, Palladio, Efrem el Siro todos entre el 300 y el 400 d.C., Giovanni d'Efeso (586) era que la mayoría de ellas, sino la totalidad eran conectadas con los monasterios de los cuales, en esa época, utilizaron los conocimientos, las investigaciones médicas (sobre todo en herboristería y alimentación) y competencias en el área de salud (estos eran de hecho las únicas estructuras de salud pública existentes) y por el otro heredaron esa posición moral según la cual la enfermedad es signo de pecado y entonces al mismo tiempo que exige piedad cristiana requiere también de una juicio moral y cuando necesario también de una pena (Russo, 2007).

Entendemos entonces que históricamente la “reducción del daño” pre moderna ha sido siempre –por lo menos en el mundo occidental- la acción inspirada a fuertes principios de ética religiosa y si por un lado esta ética ha permitido que de maneras diferentes algo se hiciera para los “excluidos”, esto ha también producido una actitud moralista que, en el campo de drogas, se ha convertido en uno de los más profundos obstáculos para su aplicación como política nacional en ciertos países. En este sentido si ustedes están pensando no solamente en acciones de reducción del daño, sino también en un “modelo”, mi impresión es que se han planteado un desafío de gran responsabilidad civil.

REDUCCIÓN DEL DAÑO.

En la época moderna y contemporánea la reducción del daño asume ese nombre, es decir que se emancipa de la teoría de la asistencia, a partir de los años veinte y esto gracias – es una manera de decir - a la transformación del fenómeno del consumo de drogas.

Antes de contribuir con algunos elementos históricos deseo subrayar que la experiencia de la reducción del daño en el área de drogas resulta también, mas no exclusivamente, como respuesta al fracaso de las posiciones moralistas y de las alternativas (de prevención y tratamiento) moralistas (Heather, Wodak, Nadelmann, & O'Hare, 1993) (Milanese, 2006).

Creo que les resulten útiles entonces, a ustedes que están elaborando un modelo, algunas informaciones históricas y metodológicas/técnicas para tener una idea de las razones por las cuales este tipo de abordaje se ha producido, cuales son los desarrollos que ha tenido y las implicaciones en la vida de las personas. Es una reflexión centrada casi exclusivamente en la reducción del daño del consumo de drogas, mas puede ser utilizada para pensar a la reducción del daño también en otros contextos siendo que sus principios pueden ser muy cercanos.

El año 1914 fue un año terrible. Es el año en el cual se declararon dos de las más mortíferas y feroces guerras de la humanidad, de todos los tiempos. El 4 de Agosto 1914 el Reino Unido declara guerra a Alemania utilizando un fútil pretexto. Es el inicio de la

primera guerra mundial. Quince naciones involucradas (si se cuenta el Imperio Británico como una sola nación). Fueron movilizadas para combatirla más de 67 millones de personas, casi nueve millones de muertos, casi 8 millones de desaparecidos en total más de 37 millones de víctimas (incluyendo a los heridos).

El 17 Diciembre 1914 en Estados Unidos es promulgado el **Harrison Narcotics Act** (Brecher, 1972) que considera el consumo de drogas como una conducta desviada y criminal. Aunque solo ahora lo podemos reconocer este es el acto jurídico a partir del cual, se ha ratificado al prohibicionismo como política pública y sucesivamente por procesos incrementales, se ha llegado a la declaración abierta, manifiesta, pública de la guerra a las drogas. En realidad se ha tratado del reconocimiento de una situación existente desde décadas y una manera para justificarla y darle mayor auge. Cuanto han sido los países involucrados? Casi todos! Cuantas han sido las personas movilizadas para combatirla, cuantos los muertos, cuantos los heridos? Todavía no es posible saberlo porque esta guerra no ha terminado.

Lo que si sabemos es que, según los datos del World Drug Report 2011: tenemos una prevalencia anual entre 142-272 millones de consumidores de drogas y una prevalencia de 15-39 millones son consumidores problemáticos (es decir poco más del 14% si se toman los datos más altos.), esto significa que sobre diez personas una y media se convierte en consumidor problemático (UNODC, 2011, p. 15). En una óptica de guerra esos 272 millones de personas son potenciales víctimas de esta guerra a menos que no se tengan alternativas.... Si a estos añadimos todos los que participan en la producción y en el tráfico el número aumenta.

Por cual razón he citado estas dos guerras? No solo por el absurdo numero de víctimas y el fútil pretexto que se usó para desencadenarlas. Sino porque en el tratado de Versalles (1918) con el cual se ratifica la conclusión de la primera guerra mundial además de sembrar la simiente de la guerra sucesiva, aun mas catastrófica (la segunda) se incluyen (miren un poco) los acuerdos de las conferencias sobre drogas promovidas por Estados Unidos en 1909 y 1914. Se puede decir con un poco de ironía y tristeza que en los acuerdos de paz se encuentra la ratificación de otra guerra que todavía sigue.

Para ser históricamente precisos, en los acuerdos de las conferencias de 1909 y 1914 se había establecido que todos los gobiernos hubieran implementado las medidas legislativas necesarias para meter fin a la comercialización del opio y a limitar el uso del opio y de la cocaína a la práctica médica legalmente reconocida (*legitimated medical practice*). Lo que extrañamente sucedió en el tratado de Versalles fue que “el uso del opio y de la cocaína en la práctica médica legalmente reconocida” desapareció por completo, con las consecuencias que sabemos.

Otra razón por la cual he citado estos dos acontecimientos es porque ambos meten en el centro de la escena el mismo elemento: la violencia institucionalizada (no es la primera vez es suficiente recordar a la guerra de drogas en el extremo oriente). Si estamos entonces interesados en entender como droga y violencia celebraron este matrimonio indisoluble aquí tenemos algunas razones bien fundamentadas.

Si hacemos ahora una especie de aplicación de este mismo principio a otros contextos imaginemos que alguien prohíba a la pobreza, que alguien prohíba la diferencia

de género, la inmigración, el ser mujer etc. podemos pensar que el asistencialismo sea una forma encubierta de prohibicionismo.... Con toda su doble cara por un lado la ayuda material y por el otro el juicio moral, la prohibición de existir.

Hay sin embargo otra fecha que es significativa, que ha marcado el nacimiento (mejor dicho el renacimiento en la época moderna) de una posición muy diferente respecto a la guerra de drogas. En 1924 es instituida en el Reino Unido la *Rolleston Commission* que en 1926 entrega al Ministerio de la Salud de su Majestad el *Rolleston Report*. Es a partir de este documento que se organiza el llamado *Sistema Británico en el tratamiento de la adicción a drogas (British System of Drug Addiction Treatment)*. Es también la fecha de nacimiento de la reducción del daño.

Lo que caracteriza esta posición es haber enmarcado el tema de las drogas en el contexto de las políticas de salud pública y no en las políticas de seguridad (como hizo estados unidos). Es un punto esencial!

Antes de dar alguna información esencial sobre este abordaje (para los de ustedes que no están familiarizados con él) subrayo el hecho que la reducción del daño tiene, en la época moderna, casi noventa años. No se trata entonces de un abordaje improvisado, no es el fruto de iniciativas de algunas ONGs (aunque las ONGs hayan trabajado mucho en esos años en el Reino Unido para construir un consenso acerca de esta posición y sean hoy actores fundamentales en promover e implementar estas políticas. La reducción del daño es política de estado, ha sido política de estado en el Imperio Británico es decir en más de treinta naciones (entre las cuales la India) desde 1926. Y desde 1926 es política de estado en muchos otros países entre los cuales obviamente el Reino Unido, Australia, India y casi todos los países europeos (con exclusión de Italia, obviamente) con resultados satisfactorios (EMCDDA, 2010).

Uno entre los resultados satisfactorios es la reducción de la violencia, violencia en contra de los consumidores de drogas y violencia de los consumidores de drogas en contra de las comunidades en las cuales viven (robos, atracos etc.). La reducción del daño, que no es una panacea obviamente, ha permitido pensar que el matrimonio entre droga y violencia celebrado en 1918 no sea indisoluble. La reducción del daño ha permitido también que otros matrimonios no sean ni inevitables ni indisolubles: el matrimonio entre consumo de drogas y enfermedades transmitidas por vía sexual y sanguínea, el matrimonio entre ser consumidor de drogas o persona que vive con HIV y no tener derecho ni acceso a curas apropiadas. La reducción del daño ha permitido superar la posición moralista y por medio de esto ha favorecido plantear una política de derechos, transitar de una posición de juicio y estigmatización hacia una política de inclusión.

Cuáles son los elementos centrales de la reducción del daño:

- (i) que el consumo problemático de drogas es una enfermedad crónica multidimensional, y como tal a veces no responde al tratamiento;
- (ii) frente a este hecho la persona tiene derecho a las curas y cuidados necesarios para su bienestar aunque siga consumiendo drogas – y esto significa admitir que una

sociedad libre de drogas es inalcanzable y que para dar respuestas a las necesidades de estas personas y respetar sus derechos es necesario producir droga –

(iii) que si se acepta este principio es necesario cambiar de paradigma.

Es posible hacer una extrapolación de estos principios en otros terrenos, en otros campos de lo social? Tratemos y veamos lo que sucede?

(i) La pobreza es un fenómeno multidimensional y crónico, por esto a veces no responde al tratamiento y reaparece bajo sus manifestaciones más dramáticas (las multíplices formas de la exclusión social grave, el abandono).

(ii) frente a este hecho la persona tiene derecho a las curas y cuidados necesarios para su bienestar aunque siga perteneciendo a uno o más de esos estilos de vidas o condiciones que hemos mencionado más arriba: pobre, en la calle, transgénero, inmigrado, consumidor de drogas etc.. Esto significa admitir que una sociedad sin pobreza y sin pobres es inalcanzable y que para dar respuestas a las necesidades de estas personas y respetar sus derechos es necesario cambiar de paradigma.

(iii) pasar del paradigma de la lucha en contra de la pobreza (que se convierte a menudo en lucha en contra de los pobres) al trabajo, a las políticas sociales a favor de la inclusión. La reducción del daño es un sistema de respuestas concretas enmarcadas en las políticas de la inclusión.

Esta posición toma en consideración por un lado que la reducción del daño moderna es diferente de la “asistencia” (antigua) porque se basa en el derecho y no en la buena voluntad de las personas, o de las sociedades. Por otro lado la reducción del daño moderna parece reconocer que es imposible luchar en contra de las causas que producen los problemas y situaciones de sufrimiento social y exclusión que la misma reducción del daño trata de reducir. Si por un lado entonces la reducción del daño es una política de derechos, por el otro es una limitación de los derechos.

“Uno de los primeros documentos oficiales (legales/legislativos) que encontramos en la cultura occidental está constituido por el Deuteronomio (VII siglo antes de Cristo) en este se reglamentan algunas acciones típicas de reducción del daño, así como la pensamos hoy: contener las consecuencias negativas de una cierta forma de desarrollo social sin que esta forma de desarrollo sea modificada; dicho de otra manera se trató de actuar un conjunto de acciones “finalizadas a limitar los efectos” de la pobreza (...) más que la pobreza misma”¹.

Se observa entonces que ya desde 3000 años nuestros antepasados habían planteado con claridad el dilema: tenemos un conocimiento del conjunto de causas que originan un fenómeno... sin embargo no es posible incidir en ellas sino exclusivamente sobre las consecuencias... sobre algunas de ellas.

Qué quiere decir “no es posible incidir en las causas”, quiere decir que no es posible producir una forma de desarrollo alternativo que no sea una variante del desarrollo... no exactamente un clon, sino una variante” (Milanese, 2006, p. 25).

¹ La frase entre comillas es una transformación de la definición del reducción del daño formulada por el Consejo de Europa. Este dice que la reducción del daño es la “actuación de un programa o una estrategia finalizada a limitar los efectos del uso de drogas a nivel de salud, social y económico, más que el uso mismo”.

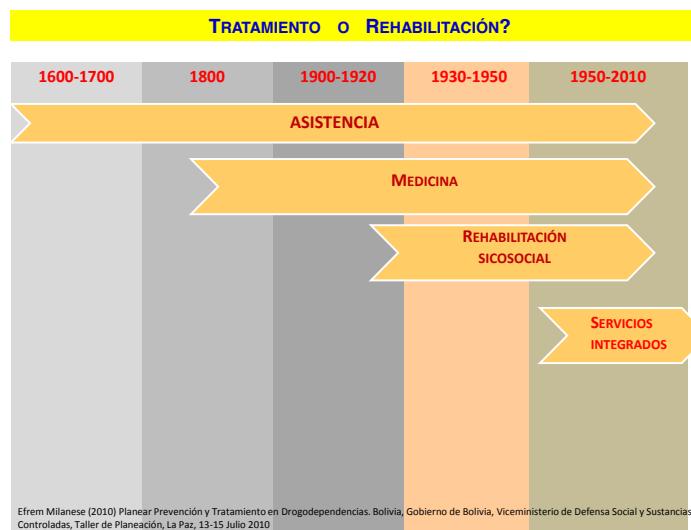
Esto recuerda que si la reducción del daño es una política de derechos, no por esto logra enfrentarse al dilema que la produce y que si por un lado lucha en contra de las posiciones “moralistas” – con razón – por el otro adopta la moral del derecho “mínimo” (Uprimny, 2002).

UN MODELO PARA UN MODELO.

Concluyo con una brevísima presentación de un modelo que pueda ayudar, espero, a entender mejor. Se trata de una modelización del proceso que ha sido desarrollado para “dar ayuda” a las personas en estado de grave exclusión llámense estas pobres, leprosos, locos, farmacodependientes. Se trata entonces de un modelo, con todas sus limitaciones que derivan por un lado de la necesidad de “aislar los elementos” de este conjunto de acciones y procesos que llamamos “relación de ayuda” y por el otro de “reorganizarlos” en función de un sentido que se va construyendo en desarrollo mismo de esta reorganización. Modelizar algo tan complejo como esto significa al mismo tiempo “identificar y formular algunos problemas bajo la forma de enunciados claros y tratar de darles respuesta razonando por simulaciones. Haciendo funcionar el modelo problema tratamos de producir el modelo respuesta. Por esta razón un modelo es un sistema artificial que organiza algunos símbolos, símbolos que, asociados, pueden producir otros símbolos” (Lugan, 2009, p. 102-103)

BASES HISTÓRICAS DEL TRATAMIENTO Y DE LA REHABILITACIÓN.

Es la asistencia (bajo forma de *pietas* o *caritas*) que se encuentra en la base del tratamiento y de la rehabilitación así como la entendemos hoy. Es por medio de la reflexión que ha madurado en el campo medico, sociológico, antropológico y filosófico que ha sido posible transitar del concepto de “asistencia” al concepto de “reducción del daño”.

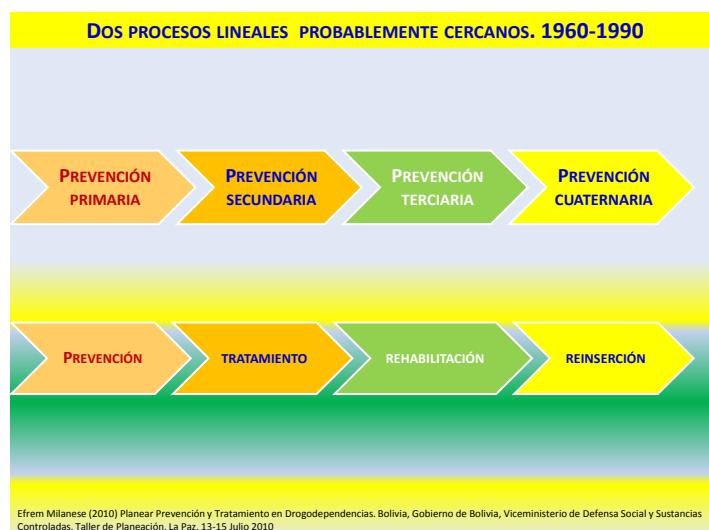


La asistencia en todas sus formas y colores es la línea de continuidad que liga presente a pasado y tal vez presente a pasado y futuro. Sobre esta línea de base se han desarrollado las otras modalidades que durante siglos.... y todavía hoy conservan algunas de sus características y matices (el estigma y la discriminación hacia ciertas formas de sufrimiento social, por ejemplo).

PREVENCIONES

La posibilidad de prevenir situaciones, acciones, conductas no deseadas se encuentra en la base de de toda intervención hasta el punto que toda intervención puede ser considerada como acción de prevención.

Los dos modelos que se presentan más abajo pueden ser considerados (mutatis mutandis) equivalentes por diferentes razones: son ambos lineales, formulan en maneras diferentes fases similares de trabajo. Sus objetivos son diferentes. El primer modelo es exclusivamente médico, mientras que el segundo aun conservando un encuadre médico inicia a introducir elementos que no tienen que ver estrictamente con la medicina (el tema de la rehabilitación y de la reinserción).



La marca del abordaje médico en el segundo modelo (prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción) es visible también en el hecho que el tratamiento precede la rehabilitación (esto puede ser entendido también como si el tratamiento – médico – fuera condición para la rehabilitación) mientras que la práctica hace ver que a veces las cosas se dan en manera diferente (como se verá en el punto siguiente).

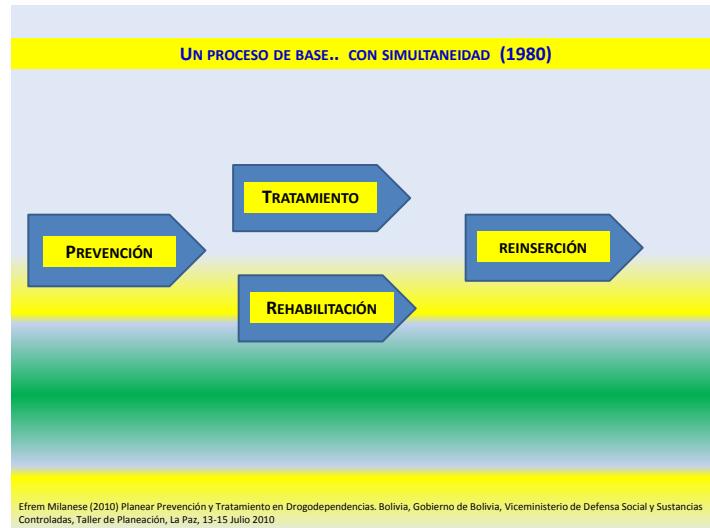
El abordaje médico, como cualquier otro tipo de abordaje basado en una sola disciplina, tiene sus límites, sin embargo tiene el valor de haber permitido y favorecido la transición de una “asistencia” de tipo moral “ a una asistencia de tipo profesional” (que no implica la negación de las posturas éticas) (Foucault, 1963).

LINEALIDADES Y SIMULTANEIDADES.

Aquí entramos ya en una modelización que hace pensar a un sistema que de lo lineal inicia a volverse complejo, aceptando el principio de la simultaneidad entre intervenciones. Cuando nos salimos del campo de la linealidad y entramos en el campo de la complejidad las reglas del juego cambian y los procesos en lugar de ser determinadas por secuencias casi predeterminadas son regidos por retroacciones y recursiones... y esto modifica sustancialmente las maneras de abordar las cosas.

En este esquema se reproduce uno de los resultados de las experiencias en el área de drogas: la simultaneidad entre tratamiento (médico y sicológico). En la práctica se ha

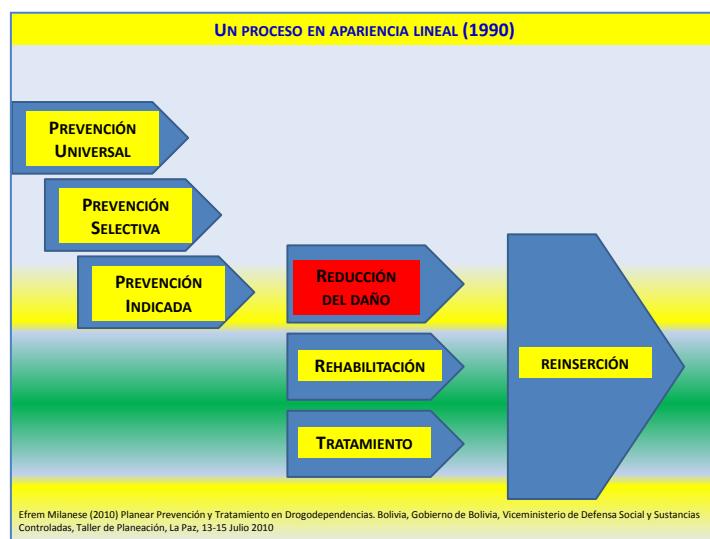
observado que en algunos casos antes de iniciar un tratamiento médico o sicológico es necesario recuperar algunas competencias sociales que garanticen un nivel aceptable de adherencia (imaginemos por ejemplo una sicoterapia de grupo o un tratamiento con metadona). En estos casos implementar procesos de rehabilitación/educación es un prerequisito para poder pensar en abordajes de tipo médico y psicológico.



El tema de la simultaneidad de los abordajes (medico y sicológico en este caso, y otros también como veremos más adelante) ha sido introducido en la práctica gracias en manera particular a las intervenciones de comunidad terapéutica en las cuales de hecho se actúa un complejo sistema de simultaneidades.

SIMULTANEIDADES Y REDUCCIÓN DEL DAÑO.

En este modelo se encuentran elementos nuevos: (i) la distinción entre prevención universal, selectiva e indicada por un lado, (ii) y por el otro la presencia de la reducción del daño.



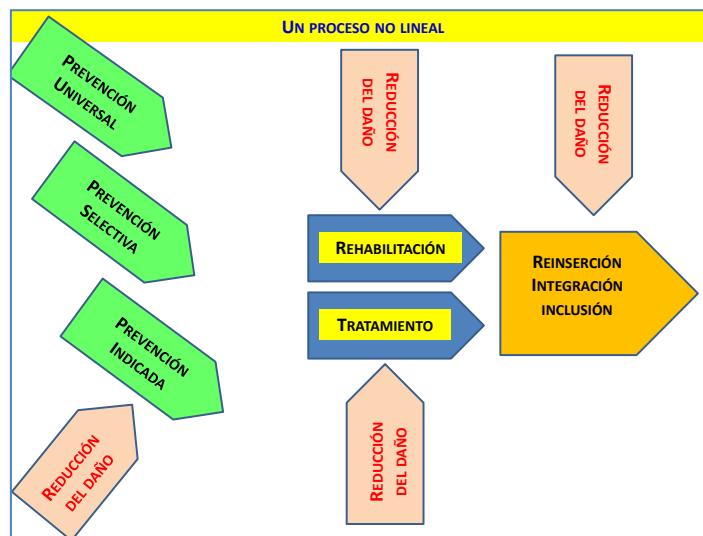
Este modelo inicia a proponer un sistema de complejidades: la articulación entre los tres tipos de prevención (prevención universal, selectiva e indicada) y la articulación entre prevención y tratamiento/rehabilitación por medio de la reducción del daño. Son

las interconexiones y las interrelaciones entre estas diferentes componentes las que aseguran que se adopte una estrategia de sistema y no se proceda sumando actividades en manera lineal (Morin, 1977, p. 51), (Milanese, 2011, p. 62).

La ubicación de la reducción del daño en el “lugar” de interconexión entre prevención y tratamiento fue una decisión de los profesionales que estaban desarrollando Eco² en esa época, esta decisión fue una consecuencia de las prácticas de trabajo en la comunidad.

TRATAMIENTO COMUNITARIO E IMPLICACIONES DE LA REDUCCIÓN DEL DAÑO

El trabajo en la comunidad (en un contexto en el cual el dispositivo de trabajo depende más de factores contextuales “controlados” por los actores de la comunidad que por los miembros de los equipos o de las redes operativas) ha hecho descubrir que la reducción del daño no es únicamente un conjunto de prácticas útiles para “atender a casos desesperados” para los cuales ya se ha hecho todo lo posible, sino una herramienta presente en todos los momentos de la prevención/asistencia. Esto implicó sin embargo introducir en el concepto “estricto” de reducción del daño de esa época (enfocados estrictamente al uso de drogas y a la reducción de las infecciones del HIV), algunos elementos psicosociales y culturales (daños a las comunidades, a las familias, a las relaciones sociales etc.) que antes no estaban contemplados.

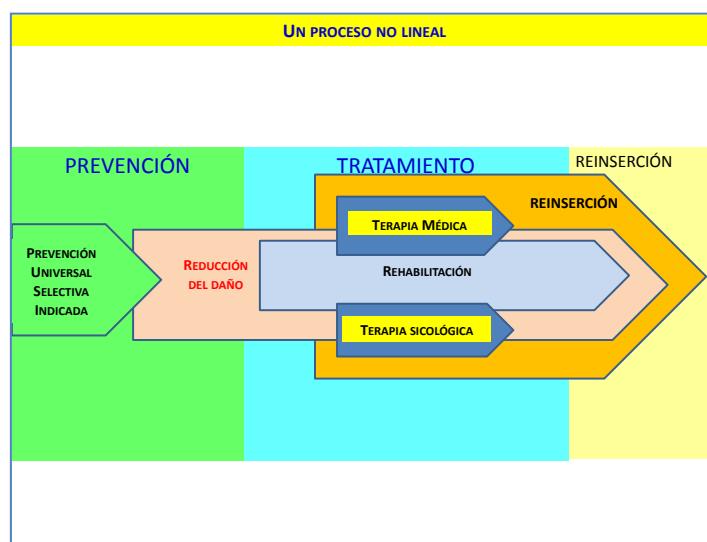


Este proceso de ensanchamiento del concepto permitió transitar de la reducción del digno al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas como precondición y no como consecuencia o resultado del tratamiento. Hecha esta operación intelectual (conceptual) se constató que la reducción del daño cabía en cada momento de la intervención en el área de drogas y que el foco ya no era la prevención del uso de drogas en si, sino la prevención de la exclusión. De esta manera “garantizar en todo momento que las personas pudieran participar lo mas plenamente posible a la vida social y de sus comunidades” se convertía en la finalidad de la prevención/tratamiento. En esta óptica el consumo de drogas se volvía problemático cuando era causa de exclusión, cuando afectaba la posibilidad de participación a la vida social de las

personas, las familias y las comunidades. Así la reducción del daño/mejoramiento de las condiciones de vida de las personas se convirtió en una estrategia de fondo sobre la cual se apoyaban la rehabilitación y la terapia médica y sicológica. Lo no dicho (explícitamente) era que una vida digna es un dispositivo excelente para implementar rehabilitación y tratamiento.

SIMULTANEIDADES

En este modelo se conserva (en el fondo) la tripartición clásica (prevención, tratamiento, trabajo/reinserción) como mapa histórico que permite reconocer las equivalencias posibles entre este y el modelo que se está proponiendo, se pretende que este mapa de fondo permita entender mejor el sistema de simultaneidades que esta propuesta implica.



Simultaneidades. La primera es la simultaneidad entre reinserción, reducción del daño, terapia médica y sicológica y rehabilitación. Se observa que en esta óptica la (reinserción social y laboral) adquiere un papel diferente respecto a cómo había sido pensada y practicada en los abordajes (modelos precedentes). En este caso la reinserción es parte del tratamiento, más que esto es la base sobre la cual se apoyan la reducción del daño, la rehabilitación, la terapia médica y sicológica. Se puede observar que este acercamiento revoluciona la propuesta estrictamente médica y sicológica (no las excluye) indicando cuáles son las condiciones de estabilidad de los resultados obtenidos con estos dos acercamientos.

La segunda es la simultaneidad entre reducción del daño, rehabilitación, terapia médica y sicológica. La tercera es la simultaneidad entre rehabilitación, terapia médica y sicológica.

Este sistema de simultaneidades nos conduce a pensar que el tratamiento es un proceso dotado de orden (esto significa que si tenemos los elementos A, B, C, D, entonces B implica A, C implica B y A etc.), con la advertencia que esto no significa que es necesario iniciar con A y hasta que A no se ha completado no se inicia con B. Esto significa que se puede iniciar con la componente que pueda constituir la mejor puerta de entrada en el sistema de "ayuda"... y que el proceso de ayuda se ha completado

cuando todas las componentes se han implementado sabiendo que es en el momento en el cual las componentes se organizan según el modelo este tiene estabilidad y fuerza, capacidad de ser flexible, de cambiar sin descomponerse (y los resultados del trabajo hecho también).

TRATAMIENTO COMUNITARIO DE LAS ADICCIONES Y DE LAS CONSECUENCIAS DE LA EXCLUSIÓN GRAVE.

Esta es la edición 2009-2010 del modelo de Tratamiento Comunitario de las Adicciones y de las Consecuencias de la exclusión grave. Como se verá en el punto siguiente, se trata obviamente de una fase de reelaboración del modelo y no de la fase final.

Como se ha recordado en otros puntos de este escrito el objetivo de la prevención es seguramente hacer prevención universal, selectiva e indicada, mas también es entender los dispositivos que producen exclusión (y el consumo problemático de drogas que es una de esas formas de exclusión) y fortalecer o crear (cuando son ausentes) los dispositivos que producen inclusión. Es en esta fase que el tema y el trabajo de redes es una herramienta conceptual y metodológica fundamental.



Este planteamiento hace ver que la prevención (en sus tres modalidades) no ha desaparecido, no ha perdido su especificidad sino se ha transformado de ser una estrategia que tiene como finalidad disminuir las probabilidades de inicio de uso de drogas o de la transición del uso “funcional” al uso problemático a ser también la estrategia de producción de dispositivos para la reinserción, la reducción del daño y la implementación de todas las componentes que hemos llamado “tratamiento”.

Se observa también que la asistencia básica ha tomado el lugar de la reducción del daño, esto permite por un lado considerar a la reducción del daño como una componente de un contexto más amplio que es la asistencia básica (se ha entendido en efecto que las salas de consumo son útiles mas insuficientes sin otros tipos de apoyos, acompañamientos y herramientas, así como los son los protocolos de metadona o buprenorfina o los programas de intercambio de jeringas). La existencia básica se extiende mas allá del fenómeno consumo problemático de drogas en si, para abarcar

elementos de contextos más cercanos a las razones por las cuales una persona ha adoptado un estilo de consumo problemático o no logra abandonarlo aunque lo quiera.

Conservando aquí también la lógica del “sistema ordenado” que se ha mencionado más arriba se considera que la asistencia básica se enraíza en la prevención, es la prevención que contribuye en hacerla posible y en no transformarla en asistencialismo (que es otra forma de abandono y exclusión).

Se observa también que el término reinserción ha desaparecido y ha sido sustituido por el término “trabajo” (al cual se tiene que añadir el término “ocupación”). Se entiende aquí como “trabajo” no exclusivamente el trabajo productivo sino toda forma de participación/condivisión constructiva a/con la vida social.

Particular significado tiene la articulación entre la rehabilitación y la asistencia básica. Como en el caso de la relación entre asistencia básica y prevención, es en la articulación entre asistencia básica y rehabilitación(entendida como educación) que se asegura que la asistencia básica no se convierta en otra forma de abandono. La rehabilitación entendida como educación es uno de los factores fundamentales de construcción de emancipación y autonomía.

CONCLUSIONES: PARTICIPACIÓN Y CONDIVISIÓN

Como se puede observar en la grafica que sigue el modelo sigue en desarrollo. En este caso el foco ha sido puesto en la reflexión conceptual – y sus implicaciones – de la prevención.

Como se puede ver observando la gráfica a los conceptos de prevención universal, selectiva e indicada se han añadido las redes, la incidencia política y la cultura. Con el término cultura – sin proponer aquí un marco conceptual – se quiere indicar que la cultura puede ser entendida también como un conjunto, estructura o dinámicas no sistémicas o estructurales que favorecen el constante mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, la contención/limitación/minimización de los procesos autodestructivos y la reparación de las consecuencias negativas de los dos primeros procesos (incluyendo también a los procesos de mejoramiento de las condiciones de vida entre los procesos que pueden tener impactos destructivos).



En esta ultima (por el momento) modelización se propone que en la base de la prevención entendida como cultura se encuentren dos procesos relacionales: la participación y la condivisión. Se trata de dos procesos de la vida social complejos del punto de vista conceptual (por ejemplo participar puede significar por un lado tomar una parte y por el otro meter una parte que es exactamente su opuesto). En este caso, para estimular la reflexión y explicitar el contenido de esta ultima reelaboración del proceso, por participación se entiende “tomar una parte” (“*Est autem partecipare quasi partem capere*”²) (Brock, 2005), mientras que condivisión (enraizada en el “*cum*”) quiere decir “meter” una parte. En el tomar parte se explica el hecho que la persona es actor (a veces protagonista mas no siempre y exclusivamente), en la condivisión/compartir se explica que la persona acepta ser parte de una totalidad que la rebasa. Si se toma en consideración este tipo de “provocación para pensar” se entiende como la participación sin la condivisión se pueda transformar en proceso de empobrecimiento de la vida social (todos toman sin contribuir), y por otro lado la condivisión sin participación se puede transformar en un proceso de abandono y exclusión en el cual la persona mete “su parte” que nadie “toma” (participa).

² Esta frase (ahora bien, participar es casi tomar parte)es tomada de Tomas de Aquino en su comentario al “De Hebdomadibus” de Boetio.

BIBLIOGRAFIA

- Brecher, E. M. (1972). The Consumers Union Report on Illicit Drugs. In AA.VV., *Consumer Report Magazine*.
- Brock, S. L. (2005). La conciliazione di Platone e Aristotele nel commento di Tommaso d'Aquino al "De Hebdomadibus". *Acta Philosophica*, 1 (14), 11-34.
- EMCDDA. (2010). *Harm Reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisboa: EMCDDA.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la Folie à l'age classique*. Paris: Plon.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'age classique*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E., & O'Hare, P. (1993). *Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science*. London: Whurr Publishers.
- Lugan, J. C. (2009). *La Systémique Sociale*. Paris: PUF.
- Milanese, E. (2011). *Glosario critico de Eco2*. Monografía no publicada.
- Milanese, E. (2006). La reducción del daño: conceptos, acciones, métodos, historia. In E. Milanese, & J. Machin, *Farmacodependencia y reducción de daños*. (p. 23-67).
- Morin, E. (1977). *La Méthode 1. La Nature de la Nature*. Paris: Seuil.
- Russo, R. G. (2007). *Per una storia della medicina antica e medievale. La medicina nell'alto medio evo*. <http://www.mondimedievali.net/medicina/altomedioevo09.htm>.
- Schreck, D., & Milanese, E. (2002). *Farmacodependencia y política de drogas. Seminario de Expertos*. Bogotá: Kimpress.
- Transform, D. P. (2009). *After the war on drugs. Blueprint for Regulation*. London: Transform Drug Policy Foundation.
- UNODC. (2011). *World Drug Report 2011*. Vienna: UNODC.
- Uprimny, R. (2002). El desfase entre los que saben y los que hacen: reflexiones sobre el marco jurídico y cultural de la política contra las drogas en Colombia. In D. M. Schreck, *Farmacodependencia y Política de Drogas. Seminario de Expertos*. (p. 180 ss). Bogotá: Kimpress.