



REDUCCION DE DAÑOS EN EL ESCENARIO SOCIAL ACTUAL. UN CAMBIO DE PERSPECTIVA

Araceli Galante*

Diana Rossi**

Paula Goltzman***

María Pía Pawlowicz****

ABSTRACT

En Argentina, el enfoque de reducción de daños se implementó como modo de afrontar la alta prevalencia de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana entre los usuarios de drogas que utilizaban la vía inyectable. Sus intervenciones se centraban en la información y el cambio de actitud de los usuarios de drogas y de sus redes de consumo respecto del uso compartido del material de inyección. Actualmente, la reducción de daños incluye acciones relativas a una variedad de problemas, con mayor énfasis en la intervención comunitaria. La ampliación de las acciones en reducción de daños se relaciona con la necesidad de adecuarse a los cambios en los patrones de consumo de drogas y en los paradigmas epistemológicos que transforman los modos de comprender y actuar sobre los problemas sociales. Finalmente, se plantean los alcances y límites del enfoque de reducción de daños para facilitar la integración social de los usuarios de drogas.

Palabras clave: reducción de daños, uso de drogas, VIH-sida, paradigma de la complejidad, intervención comunitaria.

Introducción

El uso de drogas se ha constituido en un problema que convoca a la opinión pública y a los especialistas de distintos campos, en torno a la búsqueda de modelos de atención adecuados. En forma predominante, la atención por uso de drogas se ha situado en el campo de la salud (específicamente en el campo de la salud mental) o en el campo jurídico, prohibiéndose la producción, comercialización y consumo de las sustancias que se consideran ilegales¹.

Los enfoques prohibicionistas que sustentaron la abstinencia como modelo de atención, han mostrado serias limitaciones para atender la magnitud de los

problemas asociados al uso de drogas. Estos enfoques no han logrado disminuir el consumo de drogas, y por el contrario, parecen haber contribuido a la construcción de representaciones sociales negativas sobre los usuarios de drogas (como personas irracionales, y por ello, peligrosas), que inciden en el sostenimiento de procesos de exclusión social.

El uso de drogas ha persistido a pesar de todos los esfuerzos para evitarlo. En consecuencia, la reducción de daños surge como una forma de atención alternativa, que propone la disminución de la gravedad de los problemas que se asocian al consumo de drogas.

En la Argentina, la reducción de daños comenzó a implementarse en los años noventa como modo de

* Trabajadora social.

** Trabajadora social.

*** Trabajadora social.

**** Psicóloga.

Pertenencia institucional: Intercambios Asociación Civil. / UBACyT S044. "Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas", Programación 2008-2010. Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. / Proyecto de cooperación universitario internacional. Universidad y uso/abuso de drogas. Estudios locales. "Uso de drogas en Argentina: políticas, servicios y prácticas". Federación Internacional de Universidades Católicas. / Fogarty International Training and Research project D43 TW001037-06 (Mount Sinai New York State, Argentina HIV Prevention. Area temática de investigación: Ciencias Sociales. E-mail: araceligalante@gmail.com, intercambios@org.ar. Agradecemos los aportes de Julia Recchi para la discusión de este artículo.

afrentar la epidemia de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre las personas que usaban drogas por vía inyectable. En este trabajo, nos proponemos describir algunos cambios en el enfoque de reducción de daños vinculándolos con la adecuación al escenario social² actual y al desarrollo de supuestos epistemológicos diferentes de los que sustentaban los programas de reducción de daños en sus inicios.

Los programas de reducción de daños

Existen una variedad de programas de reducción de daños (PRD). A pesar de las diferencias, la mayoría de ellos hizo hincapié en la prevención de la transmisión del VIH entre las personas que consumían drogas por vía inyectable (Rossi y Touzé, 1996).

Especialmente en Inglaterra, los PRD tuvieron como antecedente los programas de sustitución de heroína por metadona. Estos programas estaban integrados al sistema de salud y por ende, tuvieron un mayor énfasis en la atención de los aspectos sanitarios del consumo. Una de sus características distintivas consistió en relegar el logro de la abstinencia como principal objetivo de su acción y proponerse objetivos intermedios, alcanzables a corto y mediano plazo, en una acción sinérgica que finalmente modificara sustancialmente las conductas de las personas que usaban drogas. Por ejemplo, se les proponía que evitaran compartir equipos de inyección, luego que sustituyeran el uso inyectable por otras prácticas de consumo y finalmente, que redujeran el consumo de drogas, hasta lograr interrumpirlo.

En Francia, algunos PRD, como el que trabajó en el barrio la Goutte d'Or en París, hicieron mayor hincapié en la integración social; promovieron la defensa de los derechos de ciudadanía de los usuarios de drogas por medio de la organización comunitaria y trabajaron sobre la modificación de las representaciones sociales negativas sobre ellos (Rossi y Touzé, 1996).

En general, los PRD se dirigen preferentemente a los usuarios de drogas con mayor grado de vulnerabilidad social y que tienen escaso contacto con los dispositivos sanitarios y sociales. Tienen un alto grado de flexibilidad en sus propuestas, debido a que se adecuan a las características de los usuarios y de la comunidad donde se implementan.

Las dificultades en el acceso de los consumidores de drogas a los servicios asistenciales permitieron considerar la importancia del proceso de atención como factor decisivo en el desarrollo de los procesos de salud-enfermedad. De modo tal que uno de los desafíos en reducción de daños consiste en desarrollar acciones no sólo con los usuarios de drogas, sino también con las instituciones que deben prestarles asistencia. Al respecto, la intervención comunitaria³ mostró su efectividad para tomar contacto con quienes utilizaban drogas por vía inyectable, promover su participación en la prevención de la transmisión del VIH, e involucrar a otros habitantes del territorio en el proceso de atención. La característica de la intervención comunitaria de los PRD consiste en la

incorporación de los usuarios de drogas para contactar a otros usuarios, a sus familias y amigos en situación de vulnerabilidad y brindarles acompañamiento en su acercamiento a los servicios sanitarios y sociales.

En la Argentina, los primeros programas de reducción de daños se focalizaron en la prevención del VIH entre los usuarios de drogas por vía inyectable (UDIs). Inicialmente los principales ejes de acción de estos programas tenían por objetivo la modificación de las prácticas de uso de drogas, con una perspectiva del cuidado de la salud centrada en el usuario y en sus redes de consumo⁴.

Aunque una parte importante de estos programas se han desarticulado —debido a la falta de financiamiento, procesos de fragmentación de los equipos, falta de adecuación de las intervenciones a los cambios en el uso de sustancias, entre otros problemas—, la reducción de daños ha sido incorporada por distintos servicios asistenciales y organizaciones no gubernamentales como una estrategia de atención dirigida especialmente a los usuarios de drogas. En la actualidad, el enfoque de reducción de daños se orienta a la prevención y asistencia de una amplia gama de problemas relacionados con los procesos de vulnerabilidad social⁵ a partir de la intervención comunitaria. En este trabajo, plantearemos que este "cambio de perspectiva" responde tanto a la adecuación del enfoque de reducción de daños al escenario social actual, como al desarrollo de supuestos epistemológicos diferentes de los que sustentan la atención tradicional de los usuarios de drogas y que se encontraban en la base conceptual de los planteos iniciales de los PRD.

Los cambios en el escenario social

Las sucesivas crisis socioeconómicas que afectaron a la Argentina, se expresaron en distintos procesos (entre los que podemos mencionar el aumento del desempleo, la pobreza, la indigencia, y el deterioro de los servicios públicos estatales) que pueden relacionarse con cambios en los patrones de uso de drogas que han incrementado la exclusión, morbilidad y mortalidad de los consumidores (Epele y Pecheny, 2007).

Desde que los programas de reducción de daños comenzaron a implementarse en los noventa, se han registrado distintos períodos signados por una fuerte caída de los ingresos reales y un aumento considerable de la desocupación y la pobreza. En efecto, según el Indec, el índice de pobreza para la población del Gran Buenos Aires, que en mayo de 1993 era del 17,7%, alcanzó el 51,7% en mayo de 2003 y llegó al 29,4% en mayo de 2006 (INDEC, 2008). En cuanto a la tasa de desocupación en el Gran Buenos Aires, para mayo de 1993, era del 10,6% y llegaba al 16,4% diez años después, en mayo de 2003 (Indec, 2008). Aunque estos índices parecen evolucionar favorablemente, en el primer trimestre de 2008 el índice de la población bajo la línea de pobreza en el Gran Buenos Aires era del 17% y la tasa de desocupación para el segundo trimestre de 2008 era del 8,4% (Indec, 2008); las pautas de sociabilidad de los distintos grupos sociales pueden haberse modificado sustancialmente. Al respecto,

distintos estudios sugieren que el proceso de empobrecimiento pudo haber modificado las prácticas cotidianas de distintos grupos sociales, quienes pudieron haber redefinido su sentido, y por ende transformar su identidad (Svampa, 2000: 19).

Estos datos generales referidos a la situación económica y social son necesarios para explicar la situación del contexto en relación con los cambios en el mercado de drogas (Touzé y otros, 2006). Entre la población urbana pobre del Gran Buenos Aires cambió el tipo de drogas de consumo más frecuente: aumentó el uso de pasta base de cocaína (PBC) y de medicamentos no prescritos, especialmente entre los más jóvenes. Estas sustancias, el tabaco y el cannabis, que se usan simultánea o sucesivamente con cerveza o vino, son las que más se consumen en las zonas pobres del Gran Buenos Aires (Sedronar-Indec, 2004; SADA, 2004; Rossi y otros, 2006; Epele, 2007). En tanto que el uso de drogas inyectables parece haberse modificado en los últimos años. Un estudio con 140 usuarios de drogas que se inyectaban fundamentalmente cocaína y vivían en el Gran Buenos Aires en el año 2003, demostró que estos UDIs habían disminuido la frecuencia de uso diario, y que se inyectaban más esporádicamente que en el pasado. Entre estos UDIs, el uso inyectable había pasado de ser una práctica grupal a ser más individual y más oculta, desarrollada principalmente en el ámbito doméstico⁹ (Rossi y Ranguini, 2004).

Cuando los PRD comenzaron, trabajaron particularmente con UDIs, ya que la epidemia de VIH había tenido un gran impacto entre ellos⁷, y se trataba de una población estigmatizada, que solía ocultar su práctica y que tenía poco acceso al sistema de salud. Con el correr del tiempo, los equipos que trabajan con el enfoque de reducción de daños fueron ampliando sus acciones a usuarios que utilizan sustancias distintas a la cocaína (como los medicamentos no prescritos)⁸ o bien que las utilizan por vías distintas a la inyectable (inhalada o fumada, como la pasta base de cocaína). Particularmente, el consumo de pasta base de cocaína resulta más visible en el territorio que el uso inyectable, lo que expone a los usuarios a situaciones de violencia urbana, especialmente al accionar represivo (y frecuentemente abusivo) de la policía (Epele y Pecheny, 2007).

Estos cambios se expresaron en una variedad de problemas que interpelaron las prácticas de los equipos que implementaban programas de reducción de daños, que debieron ampliar el espectro de sus acciones para darles respuesta. En esta construcción, se fueron profundizando las contradicciones entre algunos de los supuestos epistemológicos que fundamentaban inicialmente a los PRD y que expondremos a continuación.

Los cambios epistemológicos: de la racionalidad instrumental al enfoque de la complejidad

A partir de la Modernidad, se comenzó a creer que la realidad podía ser conocida, predicha y manipulada

mediante el uso de la razón. La racionalidad se constituyó en un ideal que estructuró el modelo cultural, afirmando la supremacía del saber científico sobre cualquier otro tipo de conocimiento. Los elementos fundamentales del ideal de la racionalidad clásica son la diferenciación entre el sujeto de la investigación y el objeto de conocimiento y el presupuesto de objetividad, como posición privilegiada del sujeto que conoce para observar la realidad, que se concibe como externa a él.

Sin embargo, el paradigma de la racionalidad clásica ha entrado en crisis⁹. Actualmente, el mundo tiende a ser comprendido más bien en términos de interacciones de redes complejas. Para estos autores, aunque los cambios generados por el desarrollo científico y tecnológico se presentan a menudo como ampliación y profundización de conocimientos previos y como producción de nuevas tecnologías, su magnitud es tal que pueden ser considerados como una revolución en el saber, que suele pasar inadvertida: "La *revolución inadvertida* consiste en la sustitución del ideal clásico de racionalidad por uno nuevo, complejo, mediante la formulación del presupuesto de objetividad, la superación de la dicotomía de las ciencias naturales y las ciencias sociales, la ciencia y la moral, el conocimiento y los valores" (Sotolongo Codina y Delgado Díaz, 2006: 45).

En la misma línea de pensamiento, los cambios en las intervenciones de reducción de daños suelen presentarse como el desarrollo de nuevos conocimientos y técnicas en base a sus formulaciones iniciales, pero la profundidad de los cambios (que incluyen el pasaje a desde una epidemiología de tipo multicausal a una de tipo social, y el énfasis dado a la intervención comunitaria) parece sugerir que nos encontramos ante un cambio de paradigma en la forma de abordar los problemas relacionados con el uso de drogas. En este sentido, los equipos que trabajan con la reducción de daños no sólo promueven el cambio de conductas de cuidado y riesgo de los usuarios y de sus redes de consumo sino que, considerando la complejidad de los procesos que producen daños asociados al uso de drogas, suelen desarrollar acciones para involucrar a otros habitantes del territorio en el que intervienen (vecinos, militantes sociales, instituciones públicas —escuela, centro de salud—) en la transformación de situaciones de padecimiento, reconociendo que este tipo de acciones requiere un gran compromiso subjetivo.

Hacia el compromiso subjetivo

Desde el enfoque prohibicionista, que sustenta los tratamientos basados en la abstinencia, se suele identificar a la sustancia como el eje de los problemas que se asocian al consumo de drogas. De este modo, se supone que a medida que el consumo se vuelve más frecuente el sujeto va perdiendo su capacidad para controlar sus acciones, lo que lo vuelve irracional¹⁰. Esta idea explicaría por qué los usuarios de drogas continúan sosteniendo una práctica que conlleva sanciones penales y sociales, que además puede exponerlos a

distintas situaciones problemáticas en relación con su salud. Sobre la base de esta representación social¹¹ de los usuarios de drogas como seres incapaces de cuidar de sí y de otros, se generaron distintos tipos de dispositivos para atender el problema (que incluyen el encierro compulsivo en la cárcel o el hospital psiquiátrico) y que tienen por objetivo el logro de la abstinencia.

La reducción de daños parte del supuesto que el uso de drogas no es una práctica irracional (Touzé, 1999: 19). Siguiendo esta idea, emplear el enfoque de reducción de daños supone efectuar acciones continuas para conocer los significados que tiene el uso de drogas para los sujetos que las consumen, teniendo en cuenta las diferencias entre los distintos grupos sociales y las modificaciones que se producen con el paso del tiempo.

Si en el paradigma de la racionalidad clásica el sujeto que conoce debe mantenerse libre de valores para juzgar adecuadamente la realidad, en reducción de daños es fundamental que los reductores de daños puedan reconocer sus propias representaciones en torno al uso de drogas y pongan en juego sus valores y sus experiencias en el proceso de conocimiento, que se concibe como un espacio de intercambio entre especialistas y usuarios.

Por otra parte, la pertinencia de la reducción de daños es objeto de debate desde un punto de vista moral, ya que se suele discutir si su implementación favorece una práctica sancionada, como el consumo de sustancias ilegales. Al respecto, a pesar de que distintos estudios mostraron que en los lugares donde los PRD se aplicaron oportunamente, se logró la estabilización de la prevalencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y se facilitó el acceso a distintos servicios asistenciales (incluidos los tratamientos por uso de drogas) sin que aumentara el consumo¹², el debate ético sobre la reducción de daños no ha concluido.

Consecuentemente, los reductores de daños sostienen que este enfoque se basa en el respeto del derecho de los usuarios a decidir sobre el cuidado de su salud, facilita su acceso a los servicios preventivos y asistenciales, y promueve la defensa de sus derechos (Touzé y Rossi, 1997).

Por otra parte, el desarrollo de la intervención comunitaria requiere de un gran compromiso de los reductores de daños para lograr y sostener el vínculo con los usuarios. Cabe tener en cuenta que los grupos de usuarios de drogas se caracterizan por la desconfianza hacia los servicios de salud (especialmente los estatales). Una justificación posible de esta situación se debe al "impacto de la criminalización del uso de drogas y la violencia policial particularmente en los barrios más pobres" (Rossi y Ranguigni, 2004: 239). También se argumenta que "la asociación de la transmisión del VIH al uso inyectable de drogas contribuyó significativamente a consolidar la necesidad de los usuarios de drogas inyectables de ocultar su práctica. La representación social dominante asocia al sida con la muerte y por tanto, los usuarios de drogas por vía inyectable han sido depositarios del estigma de *transmisores de muerte*" (Rossi y Ranguigni, 2004: 238).

En el trabajo en reducción de daños, se han desarrollado estrategias específicas para lograr la confianza de los usuarios, siendo la más importante de ellas la

promoción del trabajo entre pares. Los equipos de reducción de daños suelen estar constituidos por profesionales de distintas disciplinas y operadores o promotores comunitarios (habitantes de la comunidad, usuarios actuales o ex usuarios de drogas). La incorporación de los operadores comunitarios permite la construcción y actualización del vínculo de confianza con los usuarios de drogas y sus redes de relaciones, lo que resulta fundamental para que el equipo sea valorado por la población usuaria de estos servicios y que sus propuestas de cuidado resulten creíbles para ella¹³.

En este proceso, los miembros del equipo no sólo ponen en juego sus conocimientos técnicos sino también sus emociones y sus experiencias previas, logrando establecer fuertes vínculos con los usuarios. Para la mayoría de los reductores de daños, el sostenimiento de vínculo es el eje de su acción, en tanto el programa se constituye en un espacio de encuentro caracterizado por el *compartir*: conocimientos, reflexiones, estrategias de cuidado, vivencias de momentos de padecimiento y también de momentos festivos.

Este es uno de los motivos por el que resulta fundamental sostener espacios de supervisión a fin de preservar emocionalmente a los miembros del equipo, teniendo en cuenta el impacto que produce el acompañamiento de personas que atraviesan situaciones de padecimiento en condiciones de vulnerabilidad social (Touzé y otros, 1999).

La reducción de daños se presenta como un espacio de discusión de distintos modos de gestionar los riesgos, los cuidados y los recursos. Para Saraceno, reconocer la capacidad de un sujeto para negociar es reconocer su capacidad para el ejercicio de sus derechos (Saraceno, 2003). Los equipos que trabajan en reducción de daños promueven la creación y multiplicación de las oportunidades de intercambio material y afectivo, tanto como el tejido de redes de negociación, articuladas y flexibles, a fin de aumentar la participación y la vinculación real de los sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad social. La operatoria de los equipos no se planifica en torno a modelos prescriptos, sino que se *construye* en torno al diálogo entre los reductores de daños, la población que usa drogas, sus vecinos, las organizaciones comunitarias de base y los servicios asistenciales.

"El interventor no está frente a la población objeto, sino a ciudadanos. Ya no es el 'sujeto' de la intervención, sino un 'compañero'. Y en fin la identidad profesional ya no se define por la clientela sino por la dinámica puesta en marcha y por lo que produce, la dinamización / creación de vínculos sociales" (Cavalcanti, 1996: 51).

De la especialización a la construcción colectiva del saber

La ciencia moderna se construyó con base en el ideal analítico que consiste en la idea de que para conocer una entidad determinada, es necesario separarla en partes y luego proceder a su análisis, con el fin último de reintegrarlas al finalizar el proceso. Sotolongo Codina

y Delgado Díaz señalan que este momento de integración del saber no tuvo lugar en la ciencia moderna, sino que, por el contrario, fue especializándose cada vez más y construyendo un "saber-poder" disciplinario que no sólo obstaculiza el diálogo entre disciplinas, sino que también genera relaciones de dominación entre los especialistas (que detentan el poder y el saber sobre un área de la realidad) y los legos, quienes deben aceptar su definición de los problemas y de los modos de actuar sobre ellos, en tanto se supone que carecen del conocimiento necesario para comprenderlos adecuadamente (Sotolongo Codina y Delgado Díaz, 2006).

El planteo de la reducción de daños tiende a integrar el conocimiento acerca del uso de drogas, superando la separación entre conocimiento científico y saber popular, en tanto se sostiene que el uso de drogas es una práctica compleja cuyo conocimiento requiere de la integración de saberes provenientes de distintas disciplinas (el trabajo social, la enfermería, la antropología, la psicología, la medicina, la economía, la educación popular, el derecho, la ciencia política, entre otras) y de la experiencia y saberes de los usuarios de drogas. En este sentido, los usuarios tienen un conocimiento específico sobre las prácticas de uso de drogas y sus sentidos, sobre los códigos que comparten los grupos de usuarios y sobre las prácticas de las instituciones locales hacia ellos.

El conocimiento acerca de la pertinencia de las estrategias de reducción de daños no es el patrimonio de una disciplina en particular, sino que se va definiendo en torno a la construcción de un saber colectivo, que incluye el punto de vista de los usuarios de drogas.

En esta línea, la conformación de los equipos de reductores de daños suele incluir a profesionales de distintas disciplinas, usuarios, ex usuarios y otras personas de la comunidad. Como se señaló, este tipo de conformación de los equipos tiende a disminuir la distancia entre saber especializado y saber popular, y supone valorar el aporte de cada uno en la comprensión de los problemas. Sin embargo, la heterogeneidad de los integrantes de los equipos requiere de instancias de sostén de la integración interna, que se define como "la adopción de un estilo de trabajo con un alto consumo afectivo, intelectual y organizativo, donde los recursos están permanentemente disponibles, existe flexibilidad y la organización, en términos de acceso a las necesidades o de respuestas no estereotipadas, está orientada a las necesidades de los pacientes y no a las del servicio" (Saraceno, 2003: 71). En este sentido, es importante que se generen espacios de encuentro entre los reductores de daños, para favorecer el intercambio de sus distintos puntos de vista, ya que se espera que pongan en común sus diferentes ideologías, formación, experiencias de vida y de trabajo.

De la causalidad externa a la producción social del padecimiento

La epidemiología unicausal se basa en la búsqueda de causas o de asociaciones causales entre fenómenos, en el modelo de que "A produce B". Este tipo

de pensamiento ha posibilitado el desarrollo de la ciencia actual, pero ha mostrado sus limitaciones para explicar situaciones complejas. Por ejemplo, puede demostrar que el VIH produce el síndrome de inmunodeficiencia humana (sida), pero no puede explicar por qué la epidemia se ha extendido de modo diferente en los distintos países, y dentro de ellos, entre diferentes grupos sociales.¹⁴

Este enfoque sostiene la relación causal entre los daños y el uso de drogas, independientemente de otras consideraciones, lo que lleva a que las estrategias preventivas basadas en este modelo se centren en la supresión del consumo.

Una variante de este modelo es el de la multicausalidad externa, que considera la ocurrencia de distintos factores en la producción de un hecho. Sobre la base de este supuesto se construyó el modelo de la tríada ecológica, que explica el desarrollo de las enfermedades infecciosas a partir de la interacción el agente, el huésped y el ambiente (Vasco Uribe, 1987).

En sus comienzos, los PRD adscribieron a este modelo, sosteniendo que las situaciones de padecimiento asociadas al uso de drogas resultan de la interacción entre la situación en el que las drogas son usadas, las características de los usuarios y el tipo de sustancia consumida (Touzé, 2005). Este enfoque permitió que los PRD ampliaran la variedad de estrategias para evitar o disminuir los daños asociados al uso de drogas (como, por ejemplo, proponiendo a los usuarios consumir sustancias que se consideran menos nocivas—siguiendo la lógica de la sustitución—, disminuir las dosis, evitar consumir en espacios que los exponen a la violencia urbana, etcétera).

El esquema de la tríada ecológica trata a las condiciones sociales como *factores condicionantes* de la ocurrencia de los daños, en forma contextual y externa, de manera que el eje central de la explicación continúa siendo la relación entre el usuario y la sustancia. De este modo, al igual que la mayoría de los dispositivos destinados a los usuarios, los PRD centraron su atención en el cambio de actitudes de los usuarios, identificando distintas conductas y aspectos de su personalidad y de su vida de relación como problemáticos, de manera que la práctica, el problema volvía a adjudicarse al usuario.

Sin embargo, en Argentina, los cambios en los patrones de uso de drogas, así como las características de los usuarios que contactaban los equipos de reducción de daños, mostraron las limitaciones de este enfoque. Cada vez con mayor frecuencia, los daños asociados al uso de drogas comenzaron a presentarse como una variedad de problemas que no eran de tipo biológico, y que excedían las posibilidades de los usuarios de drogas y de los equipos para modificarlas.

Al respecto, la incorporación del enfoque de la salud colectiva en el marco conceptual de la reducción de daños puede ayudar a ampliar la mirada sobre el problema. Desde este enfoque, el proceso salud-enfermedad tiene un carácter histórico-social, lo que significa que los procesos sociales transforman los procesos biológicos, de un modo complejo y dinámico (Laurell, 1986). Este carácter histórico y social de los procesos biológicos se

muestra, por ejemplo, en el impacto diferencial que ha tenido la epidemia de sida entre las distintas clases sociales. Por lo tanto, los procesos de vulnerabilidad social se expresan en un conjunto de problemas (como por ejemplo el desempleo, la represión policial, o las dificultades en el acceso al sistema de salud y de educación) que se interrelacionan de modo complejo y dinámico con el uso de drogas. Particularmente, la vulnerabilidad de los usuarios de drogas no sólo se refiere a una mayor exposición a la transmisión del VIH/sida y la hepatitis, a las consecuencias negativas del consumo sostenido y a la sobredosis, sino también a una combinación de *riesgos/daños* que incluyen procesos de estigmatización y discriminación, violencia urbana y desvinculación de redes familiares, barriales y comunitarias.

Como señala Vasco Uribe, los daños no son estáticos, ni en sus manifestaciones ni en sus determinaciones, sino que son procesos cambiantes (Vasco Uribe, 1987). Por lo tanto, la reducción de daños tiene el desafío no sólo de contar con estrategias de prevención de las infecciones de transmisión sexual y sanguínea como el VIH o las hepatitis, sino también de modificar las relaciones existentes entre las respuestas sociales hacia el uso de drogas y un conjunto de procesos que aumentan la vulnerabilidad social de los usuarios.

El trabajo en red

En el esfuerzo por elaborar métodos para construir un conocimiento integrado, la metáfora de la red se ha constituido en un eje central del enfoque de la complejidad. Como explica García Canclini, "ahora el capital que produce la diferencia y la desigualdad es la capacidad o la oportunidad de moverse, mantener redes multiconectadas. Las jerarquías en el trabajo y en prestigio van asociadas, no sólo a la posesión de bienes localizados sino al dominio de recursos para conectarse" (García Canclini, 2004: 76).

Siguiendo esta metáfora, es posible pensar que los usuarios de drogas más empobrecidos se encuentran *desconectados* de muchas de las redes sociales, lo que implica dificultades para moverse y por ende, para obtener recursos. En este sentido, el trabajo en red se constituye en un eje importante de las estrategias destinadas a la inclusión social.

En el trabajo en red, es fundamental reconocer los límites de una institución o programa para brindar asistencia en forma integral a la totalidad de los problemas que se presenten. Sin embargo, una institución o programa pueden ser capaces de facilitar la incorporación de los usuarios de drogas en una red de prestación de cuidados.

Los equipos que desarrollan intervenciones de reducción de daños identifican diferentes redes de relaciones personales e institucionales preexistentes en la comunidad y se relacionan con ellas, intentando constituirse un nodo o punto donde se concentra la mayor densidad de los intercambios, de modo de facilitar la conexión de los usuarios a la red en la que se insertan. En este sentido, resulta de suma importancia que se

logre una fuerte vinculación con las redes de usuarios de drogas, en tanto algunos de ellos pueden actuar como "puentes", multiplicando las acciones preventivas y asistenciales, y con su participación, ampliar las posibilidades de actuación de los equipos. El paso más importante del trabajo consiste en contactar la mayor cantidad posible de usuarios de drogas. Una de las tácticas más utilizadas para ello consiste en trabajar en el contexto en el que los usuarios se encuentran. Teniendo en cuenta que muchas personas que usan drogas suelen pasar mucho tiempo en las plazas, las esquinas, los espacios abiertos en general, el trabajo en "calle" se constituyó en un ámbito privilegiado para el desarrollo de acciones de reducción de daños.

El espacio de la "calle" es sumamente desestructurado: fundamentalmente es el espacio de tránsito de los vecinos, pero también puede ser el espacio de la movilización política, de la expresión cultural y de la violencia urbana. El trabajo en calle permite que los equipos de atención conozcan "en situación" a los usuarios y a la forma en que transitan por su comunidad y faciliten la construcción de nuevos canales de comunicación, ampliando las interacciones entre ellos y sus vecinos. Por ejemplo, acompañándolos a los centros de salud, organizando con ellos acciones de expresión cultural o bien de prevención dirigidos a otros usuarios o a los vecinos (Goltzman, 2004). Muchas veces, la incorporación de las personas que usan drogas en acciones preventivas o culturales puede contribuir al cambio a que los vecinos cuestionen la representación social sobre los usuarios de drogas como alguien "peligroso", "despreocupado" o "incapaz de cuidar de sí o de otros".

También es posible identificar algunas situaciones problemáticas relacionadas con el consumo de drogas que pueden surgir en el espacio de calle y proponer un diálogo sobre ellas (como situaciones de violencia entre grupos barriales, de confrontación con la policía, de intoxicación por uso de drogas, etc.).

La consolidación de una red implica que los distintos participantes se conozcan entre sí, y logren gradualmente ciertos acuerdos sobre la definición de los problemas que les permitan definir estrategias comunes de acción (Rovere, 1988). En este sentido, los equipos que desarrollan acciones de reducción de daños, se constituyen en un canal de comunicación entre los usuarios y la red comunitaria. Una parte importante de su trabajo se centra en "despejar puentes", que se encuentran obturados por definiciones erróneas sobre los problemas, los usuarios o las instituciones comunitarias entre sí, que impiden la comunicación (Chadi, 2000). Por ejemplo, un usuario de drogas puede evitar acercarse al centro de salud pensando que será rechazado, mientras que un equipo de salud puede desistir de efectuar acciones preventivas con usuarios de drogas, en el convencimiento de que no será escuchado. En una situación como esta, es frecuente que los equipos de reducción de daños faciliten el encuentro entre los usuarios y los equipos de salud.

En general, el trabajo en reducción de daños suele facilitar la conexión de los usuarios de drogas a

servicios sanitarios, educativos, jurídicos, y asistenciales, organizaciones de base, organizaciones de promoción y protección de derechos humanos.

De este modo, se intenta proponer cambios no sólo en la forma en que los usuarios usan drogas, sino también en la forma en que las instituciones se relacionan con ellos, para promover su integración.

Reflexiones finales

En sus inicios, los PRD se dirigieron fundamentalmente a la prevención de la transmisión del VIH entre los UDIs, con una lógica de prevención sustentada en el autocuidado y la interacción con la red de consumo de los usuarios, basada en el supuesto de que podrían cuidar de sí y de otros. Esta concepción constituye un enfoque alternativo frente a otros tipos de dispositivos asistenciales, lo que podría explicar la resistencia que la estrategia de reducción de daños tuvo para ser adoptada como política de salud pública, a pesar de haber demostrado su capacidad para promover conductas de cuidado entre los usuarios de drogas.

Los cambios en los patrones de uso de drogas y en los escenarios sociales plantearon nuevos desafíos, en tanto los problemas que se presentaban en el trabajo cotidiano de los reductores de daños mostraban la determinación social de los padecimientos asociados al uso de drogas.

A medida que el enfoque de reducción de daños fue desarrollándose en el país, se fueron consolidando algunos conceptos (como la producción colectiva del conocimiento, la relación entre reductores de daños y usuarios

de drogas, el énfasis en la intervención comunitaria, el trabajo en red) que podrían entenderse como formas de adecuación al nuevo escenario, y como la emergencia (quizás inadvertida) del paradigma de la complejidad en la comprensión de los problemas sociales.

En este proceso, los equipos que efectúan acciones de reducción de daños capitalizan su capacidad para establecer vínculos con los usuarios de drogas y para promover el trabajo en red de las distintas instituciones comunitarias. En este sentido, puede señalarse que el énfasis puesto en la intervención comunitaria favorece la comprensión de los problemas asociados al uso de drogas como parte de un proceso social, facilitando la participación de personas y grupos en los procesos preventivos y asistenciales.

Sin embargo; la magnitud de los problemas que actualmente se asocian a los usuarios de drogas parece difícilmente abordable a partir de la conformación de redes barriales de asistencia, ya que la mayoría de las instituciones que las integran suelen estar inmersas en los procesos de vulnerabilidad social que afectan a las personas que atienden, que se expresan en una diversidad de problemas que limitan sus posibilidades de asistencia (como falta de recursos materiales y técnicos, dificultades para adecuarse a las necesidades de la población) (Bialakowsky, 1997). En este sentido, se plantea el desafío de lograr un alto nivel de articulación de las redes y de la capacidad para ampliar sus posibilidades de incidir en los procesos de inclusión social de los usuarios de drogas.

NOTAS

- 1 La clasificación de una sustancia como ilegal no se basa en criterios de salud pública sino que se relaciona con el significado que adquiere según los distintos contextos socio-culturales y antropológicos. Por ejemplo, Kandel observó que la nicotina era más adictiva que el alcohol, la cocaína y la marihuana; Vaccarino y Rotzinger hallaron que mientras que la morbilidad mundial atribuida al tabaco es del 4,1% y al alcohol es del 4%, la morbilidad mundial atribuida al conjunto de las drogas ilícitas es del 0,8% (citados en Vila, 2006: 83).
- 2 Preferimos referirnos al "escenario social" como metáfora donde se desenvuelve la acción de los "actores" sociales, en tanto cada uno de ellos desarrolla un rol prescripto, pero también tiene la posibilidad de cambiar la trama que es producto de la interacción entre actor, papel y escenario. Esta metáfora implica el reconocimiento de la heterogeneidad de lo social (Carballeda, 2002: 56). Al respecto, concebimos al desarrollo de un programa (como el de reducción de daños) como un ámbito de negociación entre actores con poder para definir el curso de la acción.
- 3 El concepto "intervención" hace referencia a una metáfora médica que subraya el papel del "operador" que efectúa un "corte" en la realidad, soslayando los múltiples

- procesos que inciden en la emergencia de un cambio social, y la interacción de los sujetos en ese proceso. No obstante, utilizamos este concepto que es ampliamente empleado en el campo del Trabajo Social. Carballeda plantea que la intervención en lo social puede entenderse como un "dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella" (Carballeda, 2002: 93). La demanda social implica la problematización social de una cuestión por parte de los sujetos implicados en ella (población usuaria, instituciones, medios de comunicación, profesionales, etc.).
- 4 Cabe señalar que la promoción del uso del preservativo y de material de inyección estéril eran aspectos centrales de estos programas.
 - 5 Para R. Castel, la sociedad podría ser descrita como un espacio, donde pueden distinguirse zonas de integración, vulnerabilidad y desafiación a partir de la interacción entre el trabajo y los soportes relacionales. La vulnerabilidad social es una zona intermedia, inestable, entre la integración social (o zona de inserción laboral y relacional) y la desafiación (o zona de desempleo y aislamiento relacional) que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad (Castel, 1996: 16).
 - 6 En el estudio mencionado, los cambios en las prácticas de inyección se asociaron con el impacto de la epidemia de

- VIH/sida entre los UDIs. Se demostró que el 87,9% de los entrevistados (sobre un total de 140) respondió que tuvo algún familiar, amigo o conocido que murió a causa del sida y el 95% consideró al VIH/sida como la enfermedad más grave entre todas las enfermedades conocidas. En 1998 el 43,6% de los entrevistados se inyectaba todos los días, mientras que en el 2003 sólo lo hacía el 5%. Por otra parte, en 1998 el 80% se inyectaba con otros, pero en el 2003 este porcentaje había descendido al 42,4%. En muchos casos los UDIs no hablaban de su práctica inyectable ni con sus parejas. Su silencio se relaciona con la estigmatización y con el impacto de la criminalización del uso de drogas (Rossi y Ranguini, 2004: 240).
- 7 Para 1998, el 41% del total de casos acumulados de sida en el país correspondían a usuarios de drogas por vía inyectable (UDIs) (Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS, 1998, citado en Touzé, 2006, 50).
- 8 En la Tercera Encuesta Nacional a Estudiantes de Nivel Medio, la Sedronar encontró que la prevalencia de vida del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica había pasado del 6,7% en el 2001 al 8% en el 2007 y la del consumo de estimulantes sin prescripción médica se había incrementado desde el 3,7 en el 2001 al 4,5% en el 2007 (Sedronar, 2007: 194). Por otra parte, la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD) informa que en los periodos 2000-2002 y 2004-2006 el consumo de estimulantes sintéticos producidos legalmente pasó de siete dosis diarias (dds) por 1.000 habitantes hasta 11 dds. En cuanto al consumo, Argentina, con 17 dds por cada 1.000 habitantes, y Brasil, con 10, ocupan el primer y el tercer lugar, respectivamente, en el listado mundial por volumen de consumo (ONUDD, 2008, 95).
- 9 Al respecto Sotolongo Codina y Delgado Díaz mencionan distintos avances científicos que cuestionaron sus supuestos epistemológicos: el uso de la ciencia con fines políticos, ideológicos y militares distintos al humanismo; los problemas éticos con relación a la clonación; la creación de objetos cuyo uso no fue previsto por quienes lo crearon (como Internet), han cuestionado el ideal de una ciencia "libre de valores" y mostraron la necesidad de que los científicos se tornen moralmente responsables de sus prácticas. La bioética global y el holismo ambientalista plantearon que los valores de los investigadores intervienen en la construcción del objeto del conocimiento; el pensamiento cuántico relativista mostró que las observaciones son relativas al punto de vista del observador y que afectan lo observado; el pensamiento dialéctico, la escuela historicista y la hermenéutica introdujeron la idea de la historicidad en la producción del conocimiento; el enfoque de la complejidad sostuvo que el estudio de las interacciones de los sistemas entre sí y con su entorno resulta tan importante como el análisis de los componentes (Sotolongo Codina y Delgado Díaz, 2006: 32).
- 10 Esta concepción es la base de la clasificación psiquiátrica de las enfermedades (contenida en los manuales de psiquiatría DSM y CIE) y de la legislación sobre drogas (por ejemplo la ley 23.737 que penaliza la tenencia de drogas cualquiera sea el propósito del tenedor).
- 11 Grimberg define a la representación social como la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar (dar sentido). Estas abarcan el conjunto de nociones, categorizaciones y prescripciones que dan sentido y modelan las características de las prácticas sociales (Grimberg, 1995).

- 12 En Australia, donde se efectuaron políticas de reducción de daños en forma sostenida desde 1985, la tasa de prevalencia de VIH entre los UDIs alcanza al 2% (Wodak, 2000). Otro estudio muestra que en cinco ciudades con población de UDIs cuya tasa de prevalencia de VIH se ha mantenido baja (Glasgow, Escocia; Lund, Suecia; Nuevo Gales del Sur, Australia; Tacoma, EE.UU. y Toronto, Canadá) se han iniciado actividades de prevención cuando los niveles de infección eran bajos, entre las que se incluyeron programas de acercamiento a los UDIs (Des Jarlais y otros, 1995).
- 13 Sin embargo, la incorporación de los usuarios de drogas en los equipos de atención es actualmente un desafío, por distintos motivos. Uno de los más importantes tiene que ver con la violencia urbana, en tanto la circulación por el espacio barrial en zonas marginales se está restringiendo aún para las personas que habitan esos barrios. También juega un papel muy importante la falta de financiamiento para este tipo de iniciativas, lo que reduce en la falta de continuidad laboral de los usuarios de drogas en los equipos de atención.
- 14 La OMS en el "Informe sobre la salud en el mundo", en 2003, reconocía que "El acceso a una prevención y un tratamiento eficaces, y en consecuencia el destino de los individuos infectados, varían ampliamente. Las personas que viven con el VIH pero se benefician de los últimos avances médicos pueden esperar llevar una vida normal en muchos aspectos. En Australia, los Estados Unidos de América, Europa y el Japón, muchas personas con Sida avanzado han reanudado su vida normal. En los países más pobres, sin embargo, y entre los pobres que viven en las sociedades ricas, el VIH sigue siendo sinónimo de pena de muerte". También se informa que el 90% de las personas que conviven con el virus viven en países en vías de desarrollo y 68% de ellos viven en el África Subsahariana, una de las regiones más pobres del mundo. Accesible en <http://www.wco.int/vhr/2003/chapter3/es/> (consulta 10/10/2008).

BIBLIOGRAFIA

– BIALAKOWSKY, Alberto: "Debate entre paradigmas. Notas sobre las experiencias europeas en la intervención de problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas" en *Margen. Revista de Trabajo Social*. Año V, Nº 10, Buenos Aires, 1997.

– CARBALLEDA, Alfredo: *La intervención en lo social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Paidós, Buenos Aires, 2002.

– CASTEL, Robert: *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1997

– CAVALCANTI, Lía: "La intervención comunitaria en el campo de las toxicomanías". En: *La investigación en toxicomanía: Estado y Perspectiva*. Editorial FIUC-GRITO-FUNLAM, Colombia, 1996.

– CHADI, Mónica: *Redes sociales en el Trabajo Social*, España Editorial, Buenos Aires, 2000.

– CONSEJO FEDERAL DE SALUD: "Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007", Ministerio de Salud de la Nación, mayo de 2004.

– DABAS, Elina: *Redes sociales, familia y escuela*. Colección Cuestiones de Educación. Paidós, Buenos Aires, 1998.

– DES JARLAIS, Don; HAGAN, Holly; FRIEDMAN, Samuel; FRIEDMAN, Risa; GOLBERG, David; FRISCHER, Martin; GREEN, Steven; TUNNING, Kerstein, LJUNGBERG, Benght; WODAK, Alex: "Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users". En: *Journal of the American Medical Association*, Nº 274, 1995.

- EPELE, María: "La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complotos y barreras de acceso al sistema de salud", en *Cuadernos de Antropología Social*, N° 25. Facultad de Filosofía y Letras (UBA), Buenos Aires, 2007.
- EPELE, María y PECHENY, Mario: "Harm reduction policies in Argentina: A critical view". En *Global Public Health*. http://www.informaworld.com/smppt/title--content=t716100712-db=all~tab=issueslist~branches=2-v22_issue4, Octubre 2007, pags. 342-358.
- GARCÍA CANCLINI, Néstor: *Diferentes, Desiguales y Desconectados. Mapas de la interculturalidad*. Editorial Gedisa. Barcelona, 2004.
- GOLTZMAN, Paula: *Entrenamiento de Operadores/Promotores de Reducción de daños. Diario de una experiencia*. Intercambios Asociación Civil, Buenos Aires, 2004.
- GOLTZMAN, Paula: "Intervenciones comunitarias en la prevención del sida entre usuarios de drogas. Relato de una experiencia". En: *VIH-Sida y Drogas. Intervenciones comunitarias desde la educación. Revista Ensayos y Experiencias Año 7 N° 39*, REDARD, Editorial Novedades Editoriales, Buenos Aires, Julio de 2001.
- GRIMBERG, Mabel: "Sexualidad y construcción social del HIV-Sida: las representaciones médicas". En *Cuadernos Médicos Sociales* N° 70, Rosario, CESS, 1995.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC): (en línea) "Serie histórica de Líneas de Pobreza y Canasta Básica". En: www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=534 (Consulta 8/10/2008.)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC): (en línea) "Serie histórica de Empleo y Desempleo". En http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=34 (Consulta 8/10/2008.)
- LAURELL, Asa Cristina: "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina." En *Cuadernos Médicos Sociales* 37. Rosario, CESS, 1986.
- MENENDEZ, Eduardo: "La enfermedad y la curación. Qué es medicina tradicional?" En: *Alteridades* (UAM-Iztapalapa) Año 4 N° 7, México, 1994
- OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LAS DROGAS Y EL DELITO: (en línea) "Amphetamines and ecstasy: 2008 global ATS assessment" En: <http://www.unodc.org/documents/scientific/ATS/Global-ATS-Assessment-2008-web.pdf>. (Consulta 11/11/2008)
- ROSSI, Diana y RANGUGNI, Victoria: Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003). Intercambios Asociación Civil: Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación: ONUSIDA: ONUDD, Buenos Aires, 2004.
- ROSSI, Diana.; RADULICH, Graciela.; MARTINEZ PERALTA, L.; SOSA ESTANI, S.; VILA, Marcelo, VIVAS, L.; WEISSENBA-CHER, M. "Riesgo de transmisión de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables no institucionalizados del Gran Buenos Aires". En. CD-ROM *Reducción de Daños. Apuntes para la acción*. Asociación Civil Intercambios y Cooperación Alemana para el Desarrollo, Buenos Aires, 2002. Accesible en: <http://www.intercambios.org.ar/marco.html> (Consulta 24/11/2008)
- ROSSI, Diana, TOUZÉ, Graciela: "Prevención del Sida en consumidores de drogas". En: *Seminario sobre Sida*. Colección Divulgación. Buenos Aires. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 1996.
- SOTOLONGO CODINA, Pedro y DELGADO DIAZ, Carlos: *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social. Hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo*. Clacso, Buenos Aires, 2006
- SECRETARIA DE PROGRAMACION CONTRA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCION Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRAFICO (SEDRONAR): (en línea): "Tercera encuesta nacional a estudiantes de Enseñanza Media 2007". En: <http://sedronar.gov.ar/images/novedades/terceraencuestanacstudmedia.pdf> (Consulta 10/11/2008)
- TOUZÉ, Graciela: "Discursos, políticas y prácticas". En: *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*, Intercambios Asociación Civil-Federación Internacional de Universidades Católicas, Buenos Aires, 2006.
- TOUZÉ, Graciela: *Prevención en Adicciones. Un enfoque educativo*. Editorial Trilce, Buenos Aires, 2005.
- TOUZÉ, Graciela, ROSSI, Diana, CYMERMAN, Pablo, EREÑU, Norma; FARAONE, Silvia; GOLTZMAN, Paula; ROJAS, Enrique; VAZQUEZ, Susana: *Prevención del VIH-Sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención*. Intercambios Asociación Civil, Buenos Aires, 1999.
- TOUZÉ, Graciela y ROSSI, Diana: "Sida y drogas: ¿Abstinencia o reducción del daño?" en KORNBLIT, A.L. (Comp.), "Sida y sociedad", Espacio Editorial, Buenos Aires, 1997, pags. 169-180.
- ROVERE, Mario: *Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Secretaría de Sa'ud Pública, Municipalidad de Rosario. Instituto de la Salud Juan Lazarte, 1988.
- SECRETARIA DE ATENCION A LA ADICCIONES (SADA): *Estudio Provincial sobre Sustancias Adictivas*. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2004
- SEDRONAR – INDEC: *Segundo Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas. Población de 12 a 65 años*. Buenos Aires: Sedronar, 2004.
- SARACENO, B. *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*, Editorial Pax, México, 2003.
- VASCO URIBE, Alberto: "Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad". Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia. Julio de 1987.
- VILA, Marcelo: "Aspectos biomédicos y problemas de salud asociados" En TOUZÉ, Graciela: *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*, Intercambios Asociación Civil-Federación Internacional de Universidades Católicas, Buenos Aires, 2006.
- http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/downloads/infovih/INFORME_FINAL_DROGAS.pdf
- WODAK, Alex: "Fifteen years of HIV Prevention Among Injection Drug Users in Australia". En *1999 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug Using Populations. Second Annual Meeting Report*. Washington, NIDA, 2000.

