



ESCENARIOS CONTEMPORÁNEOS DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN BRASIL

EL POTENCIAL DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS ESTÁ DADO POR LA FORMA DE ABORDAR LOS TERRITORIOS, LO QUE LA CONVIERTE EN UN EJEMPLO DE CÓMO GESTIONAR LA SALUD INCLUSIVE EN MOMENTOS DE PROFUNDA MISERIA MATERIAL Y SUBJETIVA. SUS SABERES Y PRÁCTICAS, ADEMÁS DE AYUDAR A EVALUAR LA EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD, CONTRIBUYEN A ATENDER LOS DAÑOS PSICOSOCIALES DERIVADOS DE LAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS.



por **DÊNIS ROBERTO DA SILVA PETUCO**. *Reductor de daños y Sociólogo. Máster en Educación. Doctorando en Sociología. Profesor Investigador de la Escola Politécnica de Saúde/Fundação Osvaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz)*

por **RAFAEL GIL MEDEIROS**. *Reductor de daños y Cientista Social. Máster en Psicología Social e Institucional. Actúa como sociólogo en un Centro de Atención Psico-social - Alcohol y Drogas (CAPSad III)*

*Allá no figura en el mapa
Es laberinto en el revés de la montaña
Es contraseña, es dar la cara
(Suburbio - Chico Buarque)*

Un mapa del revés: de los inicios al escenario actual

La experiencia brasileña de la Reducción de Daños (RD) comenzó en el '89 en Santos, el litoral de San Pablo. Las estadísticas situaban a este municipio en primer lugar en casos de sida, lo que exigía tomar algún curso de acción. Los administradores actuaron, pero debieron pagar el precio de su osadía: antes de comenzar con las actividades destinadas a usuarios(as) de drogas inyectables como la distribución de jeringas estériles, fueron procesados por la ley de drogas de la época, por un delito análogo al tráfico de drogas.

La presión para criminalizar el tema retrasó seis años la experiencia brasileña de la RD, en una época en que el uso de drogas inyectables en Brasil era elevado, y en la cual no había medicamentos eficaces para enfrentar el VIH. Fue necesario esperar hasta el año 1995 para que Salvador realizara lo que Santos apenas pudo planear.

No hay certeza, pero los(as) activistas e investigadores(as) del área creen que el éxito de Bahía se debió a que la organización de acciones fue llevada a cabo no por la gestión pública, sino por medio de un proyecto relacionado con la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Bahía. Bajo esta especie de "campaña protectora" de la universidad, se aceptaron innovaciones que no se le hubieran permitido a un municipio.

Fue posible desarrollar la experiencia brasileña de la RD a partir de la apertura realizada en Salvador. Antes del siglo XXI, ya había cerca de 400 Programas de Reducción de Daños (PRD) esparcidos por todo el país en dos formatos: 1) aquellos basados en organizaciones de la sociedad civil, que recibían recursos del Ministerio de Salud y otros organismos financiadores a través de proyectos puntuales; 2) aquellos realizados por políticas municipales de ETS/sida, que contrataban reductores(as) de daños con contratos precarios.

Para comprender el fondo de esta consolidación de los PRD en

el país, tenemos que tener en cuenta que la construcción del Sistema Único de Salud brasileño (SUS), que propone atención universal, pública y gratuita en medio del avance neoliberal de los años '90, contradujo las directivas del Banco Mundial y del FMI. Para muchos(as) autores(as) de la salud colectiva brasileña, las estrategias de financiamiento de la respuesta brasileña a la epidemia de sida en los años '90 funcionaron como una especie de laboratorio de experiencias neoliberales en el campo de la salud, a contramano de lo que se venía haciendo en Brasil. Esta flexibilidad (se precarizaban las relaciones de trabajo) también permitía la contratación de personas con antecedentes de uso de drogas para operar en los locales y horarios en que los/as usuarios(as) se encontraban para llevar a cabo sus rituales de uso. Los/as primeros(as) reductores(as) de daños eran, sobre todo, usuarios(as) de drogas ilícitas, que transformaban sus experiencias de vida en una herramienta de promoción de la salud. Hoy en día podemos vislumbrar la amplitud de este perfil con el aprendizaje que nos brinda la misma RD, cuando nos enseña que en una sociedad en la cual prácticamente todas las personas utilizan alguna droga (lícita, ilícita o prescrita), no es necesario (ni deseable) tener una relación de dependencia para poder hablar abiertamente sobre nuestra experiencia de uso. Más que el perfil de los/as reductores(as) de daños, es esta forma osada de operar en el territorio lo que se convirtió en el gran potencial de la RD.

Actualmente entendemos el trabajo de la RD: 1) por su eficacia, al respetar el vínculo que promete en esta apertura al diálogo; 2) por su eficiencia, al constituir una clínica que ayuda a construir sentidos para la vida, aunque esté desprovista de recursos materiales, insumos de trabajo y compañeros de red. Su conjunto de estrategias es considerado una buena noticia por personas que actúan en territorios constituidos en torno de prácticas criminalizadas, no pocas veces realizadas por personas y grupos en situaciones de extrema vulnerabilidad social.

En la seguridad pública, el problema de las drogas pasa por la definición de las poblaciones a ser apresadas o muertas (en su mayoría jóvenes negros y pobres, residentes de territorios acosados por la venta minorista de drogas). Las muertes de civiles derivadas de "confrontaciones con la policía militar" superan a las de muchos países en guerra.

Encuentros tristes: la RD y sus obstáculos

Sin embargo, la RD se volvió mítica. La médica argentina Rosana Onocko, que trabaja en educación para la salud desde hace dieciséis años en Brasil, al hablar del encuentro del psicoanálisis con la pobreza, afirma que: la pobreza no forma parte de la teoría psicoanalítica; los psicoanalistas que trabajan dentro de ella no escriben; los que escriben no acostumbran trabajar junto a estas poblaciones. La RD, que surgió en estos contextos de miseria, se vuelve más incomprendida aún cuando se ve como algo del pasado.

La riqueza de la RD es poco reconocida también porque faltan voces que hablen de ella con propiedad y se siguen dando las mismas condiciones para su rechazo o incompreensión. Los que firmamos el presente artículo (hombres, blancos, de clase media y nivel universitario) sabemos que nuestro artículo no llega a erigirse como contrapunto de esta regla.

El filósofo Baruch Spinoza (1632-1677) decía que los encuentros afectan a todas las partes involucradas. También decía que se pueden adjetivar los encuentros a partir de la observación de estos afectos: un buen encuentro pone en circulación pasiones alegres, ampliando el potencial de vida de las partes; pero un mal encuentro desencadena pasiones tristes, que reducen la capacidad de las partes de actuar en el mundo.

Pasar en limpio este contexto implica reconocer que las acciones en el ámbito de la salud no han sido suficientemente enriquecidas por la vida informal de los territorios que acogieron (y aún acogen) la historia de la RD. En realidad, sus momentos más alegres tuvieron lugar cuando el ritmo clandestino de estos territorios fue capaz de influir en la gestión y el ritmo de los servicios de la red pública.

Tomemos un ejemplo reciente acaecido en Salvador, a pocos metros de la Facultad de Medicina, ya mencionada como una de las cunas de la RD en el país. Allí, un equipo multiprofesional, con la presencia de personas forjadas en la RD, fue llamado a crear un centro de convivencia para personas que usan drogas. Una de las estrategias era invertir en mejores relaciones con el entorno, donde esas personas eran consideradas indignas de convivir con los turistas.

A pesar del buen funcionamiento y del vínculo construido junto a los usuarios (o tal vez justamente por eso), la gestión del centro fue relevada. En la recepción, las artesanías y carteles hechos por los(as) usuarios(as) fueron reemplazados por la intimidatoria figura de un guardia municipal. Al mismo tiempo, se instalaron nuevas cámaras de vigilancia en la región, costeadas por el Plan "Crack, Se Puede Vencer" (2011). Este plan recibió duras críticas por ignorar orientaciones de la VI Conferencia Nacional

sobre Salud Mental (2010) y por el acoso de federaciones de comunidades terapéuticas, clínicas privadas y otros componentes, de lo que podría llamarse la nueva ola mercadológica sobre la salud mental brasileña.

En la seguridad pública, el problema de las drogas pasa por la definición de las poblaciones a ser apresadas o muertas (en su mayoría jóvenes negros y pobres, residentes de territorios acosados por la venta minorista de drogas). Las muertes de civiles derivadas de *confrontaciones con la policía militar* superan a las de muchos países en guerra. Según Human Rights Watch, fueron 2.200 en 2013 (un promedio de 6 muertes/día), año en que Brasil se vio sacudido por grandes manifestaciones. La criminalización mediática de estas protestas creó las condiciones para la persecución policial y judicial de activistas (especialmente los más pobres). En 2014, el año del mundial de fútbol y de las elecciones presidenciales, las muertes en manos de policías se duplicaron en estados como Río de Janeiro y San Pablo.

Puesta en práctica de forma desigual, la represión antidrogas también pone en duda los principios republicanos. Es el caso del helicóptero secuestrado por la Policía Federal en diciembre de 2013 con media tonelada de pasta base de cocaína. Su propietario era senador, aliado de un candidato a la presidencia del país. El fiscal abandonó el cargo luego de haber sido citado como testigo de la defensa y el caso fue archivado antes de que se tomaran las declaraciones. No hubo ninguna investigación periodística en los grandes grupos de comunicación y los medios alternativos fueron obligados a sacar el caso del aire, como el minidocumental *Helicoca - O Helicóptero de 50 Milhões de Reais* ["Helicoca - El helicóptero de 50 millones de reales"] (hasta el momento disponible en YouTube).

Este contexto incide negativamente en los encuentros soñados, por ejemplo, con la educación. El ambiente académico sigue siendo predominantemente blanco y elitista, contribuyendo así a que los encuentros con la RD estén marcados por el desconocimiento, la confusión o la fijación en el coraje de iniciativas distantes. A principios del siglo XXI, la cantidad de jeringas comenzó a disminuir en los descartadores y los usos de cocaína inyectable se reemplazaron por la versión fumada de la droga; más de una década después, todavía se recuerda a la RD por su mito fundacional, confundida como una estrategia para cambiar latas de aluminio por pipas de madera, o crack por marihuana. En lo relativo a las drogas, el campo de la educación para la salud sigue estando lejos de las personas a las cuales desea brindarles conocimiento.



Encuentros alegres: algunos efectos de la RD en la salud pública brasileña


No es fácil darles lugar a estas enseñanzas construidas en la acción cotidiana, tampoco asociarlas a la reflexión sobre los efectos del prohibicionismo en la salud y en las condiciones de vida de poblaciones empobrecidas y estigmatizadas. Aun así, una de las posibilidades de acción contemporánea relacionada con la RD se expresa en el amplio escenario constituido en torno a los **Procesos Formativos** de trabajadores(as) del SUS. Sobre todo cuando la RD deja de ser sólo un tema para convertirse en un elemento central y delimitador del proceso pedagógico en sí mismo.

Los abordajes como este contribuyeron a desmitificar la RD, permitiendo que personas a veces muy diferentes a reductores(as) de daños tradicionales puedan apropiarse de ella. Brasil tiene instaladas estrategias de atención básica en 5.512 ciudades (casi el 99% de los 5.570 municipios del país). Por medio de formaciones dirigidas, por ejemplo, a agentes comunitarios(as) de salud, las ideas de la RD ya llegaron a la mayoría de las ciudades brasileñas, en una capilaridad jamás soñada, ni siquiera por el más optimista de los(as) primeros(as) reductores(as) de daños. Pero además de cursos y talleres, hay experiencias formativas diferenciadas e innovadoras. Este es el caso de **colectivos que actúan en festivales de música electrónica**, haciendo desde acompañamiento terapéutico de personas bajo efectos de drogas, en un contexto de urgencia y emergencia (reduciendo así la demanda de internaciones), hasta el testeo de comprimidos de éxtasis. Estos son momentos en que las experiencias se intercambian libremente, donde se ve a las personas programando su uso y pensando estrategias de cuidado junto al equipo. Espacios no sólo educativos sino de reinención de la RD, que han acogido a un gran número de trabajadores(as) de la salud que buscan experiencias de formación diferenciadas.

Entre los servicios públicos que actuaron como territorio para la formación de los(as) trabajadores(as) del SUS merecen destacarse los CAPS (Centro de Atención Psicosocial), elemento importante para la superación del modelo de atención centrado en el hospital psiquiátrico y en las clínicas privadas. Hay varios tipos de CAPS en Brasil, uno de los cuales se especializa en la atención de personas con uso problemático de alcohol y otras drogas (CAPSad). Hoy en día hay 378 CAPSad en actividad en Brasil (69 de ellos están abiertos las 24 horas), cuyos desafíos son comunes a los de los antiguos PRD, entre ellos la diaria tarea de sensibilizar a la red de salud para que perciba (y acoja) las demandas diferenciadas de estas poblaciones.

Muchos CAPSad cuentan con reductores(as) de daños, de conformidad con la resolución aprobada en la IV Conferencia Nacional sobre Salud Mental (2010). Pero, además de contar o no con estos(as) trabajadores(as) en sus equipos, la RD es la directriz que ordena el funcionamiento de estos servicios, no sólo como un menú de procedimientos, sino como una ética que busca adecuar la dinámica del servicio a los ritmos del territorio, tal como en un centro de convivencia. En los casos de los CAPSad 24h, también se pueden ofrecer camas para internación de corta duración, que reciben situaciones de crisis en un ambiente más abierto y, por lo tanto, más terapéutico que lo que históricamente fueron –y siguen siendo– los ambientes hospitalario o psiquiátrico.





En el cuidado de la salud de las personas que usan drogas, es preciso tomar atajos para atender a los daños psicosociales derivados de nuestras políticas sobre drogas.

Hablar de centros de convivencia implica recordar el trabajo desarrollado por la organización É De Lei. Al unir tradición y vanguardia, la ONG de San Pablo sigue inventando soluciones innovadoras con el mismo empeño que define su actuación desde hace más de 15 años. Hoy en día, É De Lei desarrolla acciones que articulan salud, cultura y derechos humanos, actividades en fiestas de música electrónica y cursos para trabajadores(as) de la salud, además de seguir sosteniendo el centro de convivencia y las actividades de campo realizadas junto con los usuarios de crack en situación de calle en “cracolândia”.

“Cracolândia” es una región ubicada en el Barrio da Luz, en San Pablo. Recibió este nombre por el gran número de usuarios de crack que se reúnen en sus calles. Después de años de oscilar entre el desinterés y la represión, se inició un proyecto innovador para el escenario brasileño. Se trata de De Braços Abertos [De Brazos Abiertos], desarrollado por la Municipalidad de San Pablo y que comenzó en el segundo semestre de 2013. Inspirado en principios de RD y en experiencias de diálogo entre salud

y asistencia social como vimos en Amsterdam, el proyecto no se limita al campo de la salud, sino que amplía su foco hacia la oferta de trabajo, vivienda y cultura. Innovador en el escenario brasileño, De Braços Abertos fue tomado como modelo por la Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que pretende extenderlo a otras ciudades brasileñas.

Un último servicio del SUS que debe mencionarse si reflexionamos sobre las prácticas contemporáneas de RD son los Consultorios de Calle. Inspirados en una experiencia realizada en la ciudad de Salvador y en todo un conjunto de prácticas territoriales desarrolladas en el seno de la experiencia brasileña con RD, el Consultorio de Calle consiste en un equipo multiprofesional que opera directamente en los territorios y cuyo destinatario preferencial son las personas en situación de calle. Igual que los CAPSad, este servicio también puede contar con reductores(as) de daños, aunque no haya ninguna recomendación explícita en este sentido. No obstante, todo el equipo se orienta a operar con la RD como principio guía para el cuidado.



Reducción de Daños: viva, urgente y necesaria

En el cuidado de la salud de las personas que usan drogas, es preciso tomar atajos para atender a los daños psicosociales derivados de nuestras políticas sobre drogas. Las dinámicas del sufrimiento mental se multiplican, simbolizadas en el avance de las contenciones químicas que reemplazan a las camisas de fuerza. En el caso brasileño, necesitamos también superar los obstáculos de una movilización social precaria, en una democracia que parece más apta para crear consumidores que ciudadanos. Para quien se habituó a ver ONGs desarrollando proyectos, puede parecer que la RD brasileña se está extinguiendo. Actualmente hay pocas organizaciones en actividad. No obstante, la RD se difundió y se capilarizó, no sólo desde el punto de vista geográfico, sino también más allá de las políticas de prevención de sida, mezclándose con los debates, prácticas y luchas de la asistencia social, de la salud mental, de la educación y de los derechos humanos.

Si el mundo de las drogas sigue generando desafíos, la RD sigue viva, como un ejemplo (entre otros) de que es posible gestionar la salud inclusive en momentos de profunda miseria material y subjetiva. Su postura ética y política, según nuestro entender, no es una mera técnica que podemos optar por utilizar o no. Para nosotros, es parte de una visión del mundo necesaria para superar contradicciones históricas en nombre de una convivencia sustentable entre diferentes modos de vida.

Creemos que esta visión del mundo puede estar presente en cualquier servicio público que actúe junto a personas que usan drogas, y que las tecnologías de cuidado y vínculo derivadas de ella constituyen una respuesta a las presiones mercadológicas que operan en el sector, generalmente concentradas en la búsqueda de una cura para las enfermedades y no en la promoción de la vida. Surgidos de la misma clandestinidad históricamente acusada por negligencias como esta, los saberes y prácticas de la RD nos ofrecen buenos parámetros para evaluar la evolución de nuestros sistemas de salud, en su dimensión de garantía de derechos.