

ARTÍCULO

Salud, consumo de sustancias y educación popular

BRUNO HENNIG | Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Lanús, Argentina

brunohennig1@gmail.com | ORCID: 0000-0002-5165-3955

| 1

Recepción: 16/2/2023. Aceptación: 16/5/2023. Publicación: 6/7/2023

Resumen

Este artículo consiste en una elaboración teórica con potencial heurístico, en la que se ha realizado un análisis bibliográfico desde un enfoque crítico y transdisciplinario basado en la epistemología de la complejidad. El objetivo es resaltar algunas diferencias entre el modelo prescriptivo, por un lado, y el modelo participativo, por otro, en relación con el uso de sustancias ilícitas y, a su vez, esbozar algunas conexiones entre la pedagogía y el campo pluridisciplinar de la salud. La hipótesis es que las huellas de Paulo Freire se podrían encontrar en el paradigma participativo. Se concluye que las prácticas de cuidado en general, las prácticas desde el paradigma participativo, el modelo de reducción de riesgos y daños en particular, y las prácticas de educación popular son una forma de practicar la contrapedagogía.

Palabras clave: consumo de drogas, salud, educación popular

Health, Substances Use and Popular Education

Abstract

This article consists of a theoretical elaboration with heuristic potential, in which a bibliographic analysis has been carried out from a critical and transdisciplinary approach based on the epistemology of complexity. The aim is to highlight some differences between the prescriptive model, on the one hand, and the participatory model, on the other hand, in relation to the use of illicit substances and, in turn, to outline some connections between pedagogy and the multidisciplinary field of health. The hypothesis is that the traces of Paulo Freire can be found in the participatory paradigm. It is concluded that care practices in general, practices from the participatory paradigm, the risk and harm reduction model in particular, and popular education practices are a way to practice counter-pedagogy.

Keywords: consumption of drugs, health, popular education

INTRODUCCIÓN

En principio, cabe expresar que este texto emerge como forma de intento de respuesta por el lugar que pueden tener las contrapedagogías en espacios no circunscriptos formal ni necesariamente al campo de la educación propiamente dicho. Con el término contrapedagogías, aludimos a las pedagogías críticas que inició el maestro Paulo Freire (1975) hace más de 40 años con la denominada educación popular, en oposición a la *educación bancaria*. Parcialmente, este artículo se desprende de un trabajo presentado en tanto instancia de evaluación de un Seminario doctoral en el marco del doctorado en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).

El eje en torno a las denominadas *drogas* —término que denota una mirada despectiva sobre ciertas sustancias y no otras— constituye un asunto de salud pública en general y de salud mental en particular y no de seguridad. Sin embargo, la temática se presenta tensionada entre dichos polos, y existen dificultades, desaciertos, miradas superficiales y prejuiciosas cuando no se abordan desde la complejidad y solo atisban a obtener respuestas que impliquen una criminalización y mayor control sobre los sectores vulnerados (Cucchi, 2022). Según Romina Cucchi (2022), el consumo problemático —muy diferente es considerarlo como patología— es una cuestión de salud, aunque no tan lejanamente comenzó a ser concebido así, ya que fue en el año 2010 en Argentina que se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26657 y que considera el consumo problemático como elemento integrante de las políticas de salud mental, donde los sujetos con uso problemático de drogas, ya sean legales o ilegalizadas, poseen todos los derechos y garantías establecidas en la mencionada ley. Además, acorde a la misma autora, la decisión de consumir drogas debe ser pensada también desde el respeto hacia la autonomía personal respecto de la vida personal y del propio cuerpo (Cucchi, 2022). Lo que no excluye la necesidad de buscar comprender la problemática de drogas —donde no todo consumo es problemático— desde una dimensión del autocuidado, y en este punto las políticas de educación y promoción de la salud resultan una instancia primordial (Cucchi, 2022).

El objetivo en esta producción escrita consiste en poner en diálogo discusiones, legislaciones y experiencias en materia de drogas, con un anclaje en un prisma transdisciplinario basado en salud y educación, sustentado en un paradigma de la complejidad (Morin, 2007).

Una de las hipótesis consiste en expresar que las huellas de Paulo Freire se podrían encontrar en el paradigma participativo, que desarrollaremos más abajo. Otra de las hipótesis en este trabajo radica en sostener que el paradigma prohibicionista/abstencionista trabajaría con un enfoque centrado en el individuo, mientras que el paradigma participativo se centraría en la relación intersubjetiva en una trama colectiva.

ALGUNAS LEGISLACIONES Y EXPERIENCIAS EN MATERIA DE DROGAS

Existen diversas legislaciones en relación al fenómeno drogas que enfatizan la cuestión del consumo en tanto problemático y por ello en este artículo preferimos hablar de consumo a secas, ya que no todo consumo es problemático. En Argentina, por ejemplo, existe la Ley N.º 23737, que fue sancionada en el año 1989, y que penaliza no solo el tráfico de sustancias ilegalizadas, sino también el autocultivo de ciertas plantas y la tenencia para el consumo personal. Podría expresarse que la Ley N.º 23737 operaría como uno de los efectos de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, adoptada en Viena, *preocupada por la salud física y moral*, y que delineó un programa para los países parte —presionados por Estados Unidos de América del Norte—, entre ellos, la Argentina, para *combatir el mal* que representa la toxicomanía, y que forma parte de la política prohibicionista (Romaní, 2008).

| 4

La Ley N.º 23737 ha sido puesta en juego en el debate contemporáneo sobre la despenalización o —lo que no es igual— la legalización de la marihuana con particularidades que veremos más abajo. Una de las problemáticas que se desprenden de la mencionada ley es su concepción punitivista y moralizante del consumo, además de que resituía el fenómeno en el ámbito securitario y no en el marco de la salud. Al mismo tiempo, esta ley patologiza el consumo y penaliza al usuario de drogas al establecer en su artículo 16 que «Cuando el condenado por cualquier delito dependiera física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de *seguridad curativa* que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen» (Ley N.º 23737, Argentina, el destacado en comillas nos pertenece).

Sin embargo, en la actualidad han existido avances en materias de drogas, aunque el espíritu de la Ley N.º 23737 continúa sobrevolando en ciertos sectores (que incluyen a algunos jueces, fiscales y policías) de Argentina y en la imaginación social dominante que no comprenden o no quieren comprender que la legalización es un golpe directo al narcotráfico, además de que el Estado podría regular no solo la cantidad, sino también la calidad de las sustancias. Finalmente, la Ley N.º 23737 ha dificultado por décadas la implementación de las estrategias de reducción de riesgos y daños, que veremos más abajo.

Uno de los avances a los que hacíamos referencia lo constituye la Ley N.º 26934, que plantea un plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos, sancionada en Argentina en el año 2014. Entre uno de sus puntos se destaca la mención sobre el debido respeto a la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demanden asistencia, apoyado en una concepción de derechos humanos y que procura evitar la estigmatización. Otro de sus elementos fundamentales se apoya no solo en incorporar una perspectiva transdisciplinaria e interjurisdiccional, sino que también busca incorporar

el modelo de reducción de daños, a la vez que pretende relacionar los efectores sanitarios con la integración educativa y laboral. Finalmente, otro de sus ejes consiste en establecer un puente con la Ley Nacional 26657 de Salud Mental que mencionamos más arriba, estipulando que los consumos problemáticos deben ser abordados en tanto parte integrante de las políticas de salud mental. Ésta es, al mismo tiempo, una arista débil por cuanto vincula al consumo solo en tanto problemático y no sobre el consumo a secas.

Otro de los posibles aportes a la discusión consiste en la experiencia de Mamá Cultiva Argentina, una organización no gubernamental (ONG) autogestiva, que tiene como uno de sus objetivos procurar un marco legal para el cultivo de cannabis con la perspectiva en la calidad de vida. En su página web resalta la existencia de una reciente ley, específicamente la Ley 27350, sancionada en marzo de 2017 y reglamentada en su totalidad en el año 2020, basándose en la investigación científica y médica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados, que habilita el cultivo de plantas a partir de la indicación médica (Mamá Cultiva Argentina, sitio web, s. f.). Justamente, uno de sus aspectos a considerar refiere al hecho de limitarse solamente al cannabis y a la prescripción médica. En la misma sintonía existe el REPROCANN, un programa que pretende mejorar el acceso a quienes poseen indicación médica arraigada en la evidencia científica disponible, a un producto en tanto especialidad medicinal; se trata de que se inicie un cultivo controlado de la planta de cannabis efectuado por los pacientes para sí, por terceros, o por una red de pacientes asistidos por organizaciones no gubernamentales (ONG) autorizadas por el Programa por medio del Registro del Programa de Cannabis (REPROCANN).

Otra experiencia para el debate consiste en la Asociación de Reducción de Daños de Argentina (ARDA), que desde 1999 agrupa a organizaciones, usuarias de drogas de todo el país y profesionales que trabajan para procurar la difusión e implementación de políticas de drogas basadas en los derechos humanos, la salud y la evidencia científica. Uno de sus propósitos fundamentales es el de promover la participación ciudadana y el diálogo alrededor de la temática de drogas, para crear conciencia sobre la necesidad de enfoques anclados en los derechos humanos y en la salud pública en la política de drogas en Argentina. También, acorde a su sitio web (ARDA, sitio web, s.f.), procuran colaborar con organizaciones de la sociedad civil, instituciones gubernamentales y académicas con el fin de desarrollar programas de trabajo y proyectos que aporten al a reducción de los daños vinculados al uso de drogas.

A su vez, otra organización existente es Intercambios, una asociación civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas, que pretende realizar un aporte en el marco de los derechos humanos, a la construcción y ejecución del conocimiento de las problemáticas vinculadas con las drogas, desde una perspectiva de gestión de riesgos y reducción de daños y vulnerabilidades (Intercambios, sitio web, s.f.). De acuerdo a su página web oficial,

uno de sus objetivos consiste en propiciar el desarrollo de estudios e investigaciones desde una perspectiva interdisciplinaria, ética y científica. Otro de sus objetivos es el tender a la formación de recursos humanos especializados y de agentes comunitarios y operadores sociales, además de difundir información argumentada y rigurosa que propenda a consolidar una opinión pública responsable y reflexiva. Al mismo tiempo, propone fomentar la asistencia integral de sujetos en situación de vulnerabilidad social, a través de la creación, apoyo, fortalecimiento y acceso a diversos servicios. Finalmente, esta asociación civil se propone impulsar el intercambio constante, la cooperación recíproca y la colaboración entre investigadores, instituciones y otros actores sociales (Intercambios, sitio web, s.f.).

| 6

Por último, también cabe mencionar la existencia de la Red Puentes, perteneciente al Movimiento Popular La Dignidad, que emerge en el año 2012, una experiencia comunitaria que aborda, de modo libre y gratuito, el tratamiento de los consumos problemáticos de sustancias en niños, jóvenes y adultos de los sectores populares. Se trata de una herramienta de salud popular que comprende al consumo problemático en tanto un problema colectivo y no individual, apoyado desde un modelo económico en una sociedad de consumo. Lo que vuelve interesante y vital a esta experiencia es que consideran que, si bien cada persona mantiene una singular relación con la sustancia, comprenden que en los territorios vulnerables el consumo problemático emerge desde una trama compleja de injusticias estructurales y precariedades, donde el consumo aparece vinculado a diversas problemáticas sociales como la falta de vivienda digna, la experiencia de vida en calle, la pobreza y la discriminación, la falta de educación y de salud, entre otras (Czernikier, Escobar y Pinto Venegas, 2017).

PARADIGMA PRESCRIPTIVO/PROHIBICIONISTA, PARADIGMA PARTICIPATIVO, Y EDUCACIÓN POPULAR

Respecto a los procesos de salud-enfermedad-cuidado-atención, y específicamente en cuanto a la dimensión del cuidado —fundamental en el campo de la salud—, ésta puede ser abordada desde una perspectiva intraindividual, que fue desarrollada en base a cuestiones que focalizan en la psicogénesis del proceso de salud-enfermedad como, por ejemplo, las teorías de personalidad que asocian ciertos tipos de personalidad a ciertas enfermedades, o bien desde un modelo psicosocial construccionista (Paiva et al., 2018). Esta última corriente, que comprende el proceso salud-enfermedad en el marco de los Derechos Humanos y la vulnerabilidad, se diferencia al tomar una concepción de la *persona en interacción* y a pensar cada una en tanto parte de la vida cotidiana y comprendida en la vida social, esto es, en las relaciones raciales, en las relaciones de género, en los procesos de discriminación y estigmatización que constituyen la vida cotidiana de los sujetos (Paiva et al., 2018). El eje en las

interacciones de la vida cotidiana necesariamente resalta el dominio psicosocial, donde «las interacciones cotidianas producen la *trayectoria*, la *socialización* y la *sociabilidad* de cada persona a lo largo de la vida» (Paiva et al., 2018, p. 72). Se trata de un enfoque opuesto al primero, ya que se considera al sujeto en tanto agente activo y no como paciente pasivo en la interacción con los servicios de salud (Paiva et al., 2018). Estos dos modelos diferentes operarían también en los dos paradigmas opuestos que trabajaremos en cuanto a la concepción sobre lxs usuarixs y las drogas.

Respecto a la problemática que nos ocupa específicamente, también la discusión se halla anclada en cuanto a la legalización o no de ciertas sustancias, y al negocio millonario que implica el narcotráfico, donde entonces legalizar y regular la venta de ciertas sustancias conllevaría un golpe a este último. Los debates no están saldados, y existen miradas punitivistas y otras, completamente distintas, más progresistas.

Si bien en materia de consumo de sustancias ilegalizadas existen una cierta gama de posibilidades en su estudio y tratamiento temáticos, en general y a grandes rasgos, existen dos paradigmas en pugna en relación a ello. Se trata del paradigma prescriptivo, por un lado, y el paradigma participativo, por otro. En el primero, una persona legitimada por un saber que le otorga un poder social y en tanto profesional indica lo que hay que hacer, donde la población debe asumir lo que dice el especialista (Romaní, 2008). Se trata de un paradigma basado en consejos dirigidos por entendidos y en campañas globales que expresan explícitamente «drogas, no», sustentado en el prohibicionismo, y en el que opera como principio y como meta la abstención absoluta de sustancias. En cambio, en el paradigma participativo es propuesto incorporar el conjunto de necesidades de la población e identificar con estas las problemáticas y los criterios de abordaje. Este paradigma se apoya en la educación integral por medio de las vías habituales de socialización y desarrolla metodologías dialógicas, como por ejemplo la discusión grupal (Romaní, 2008).

En este paradigma, se prioriza el conjunto de esfuerzos que una comunidad realiza para reducir, de modo razonable, la probabilidad de que emerjan problemáticas relacionadas con los consumos de drogas, sin caer en el planteo dicotómico «bueno-malo», «drogas no-drogas sí», como difunde el prohibicionismo (Romaní, 2008). Se trata de asumir un posicionamiento más realista, reconociendo que *drogas* han existido siempre en la humanidad, y que se debe atender ya no solo a qué tipo de sustancia y uso en particular se hace de ella, sino también qué sentidos activa y habilita para cierto grupo en determinado tiempo y espacio, es decir, contextualizar ya no solo el objeto-sustancia, sino complejizar las problemáticas que aparecen relacionadas al consumo de ciertas sustancias. Por ello, de lo que se trata es de considerar las políticas de reducción del daño como forma de trabajar en la disminución de problemáticas vinculadas al consumo de cierto tipo de sustancias. Este paradigma con-

siste en trabajar con la cultura y el conocimiento de grupos específicos, reconociendo como vital la existencia de los saberes que cada persona ejerce o puede hacerlo en su vida cotidiana, y a la vez la posibilidad de abordar la problemática a partir de sus intereses.

El presente trabajo parte del reconocimiento de la insuficiencia e injusticia provocadas por el paradigma prohibicionista/abstencionista/represivo (Galante et al., 2009) no solo en cuanto al uso de sustancias ilegalizadas y la persecución a usuarixs de drogas por tenencia para consumo personal por parte de algunas políticas públicas, sino también al sentido común hegemónico que se pronuncia de manera despectiva sobre usuarixs de ciertas drogas, con una connotación negativa aplicada a esa última palabra. Desconociendo u omitiendo así la problematización respecto a quién consume, qué consume, cuánto, dónde y cuándo (Di Iorio, 2015), además de los sentidos otorgados, en el marco de la estructura socio-política y las diversas dinámicas y niveles que se ponen en juego.

En esta sintonía, es válido interrogarse: ¿qué sentidos tiene el uso de ciertas sustancias ilegalizadas, en el marco del capitalismo, del mercado y del consumo en general en una sociedad mercantilizada? ¿Hay acaso una despolitización generalizada respecto a la problemática en el tratamiento de la información (*fogoneada* además por los medios masivos de comunicación hegemónicos)? Nótese que utilizamos el término «sustancias ilegalizadas», con el fin de enfatizar la producción activa en ese proceso ideológico-político-social de transformar ciertas sustancias en ilegales para, además, comenzar a desnaturalizar la problemática.

A su vez, señalamos la importancia de situar, por un lado, que no todo consumo de sustancias es problemático y, por otro lado, que la problemática del uso o abuso de sustancias debe ser (re)codificado como asunto de salud pública, sustrayéndolo así del Modelo de Seguridad. Esta lucha lleva décadas en el mundo.

Una de las primeras consideraciones a tener en cuenta es que el modelo de Reducción de Riesgos y Daños (en adelante РРУД), que es replicado por el paradigma participativo, no se reduce necesariamente al acto técnico en la cuestión drogas, sino que puede remitir a un prisma más amplio y abarcador desde el cual pensar la reducción de riesgos y daños en general, esto es, pensar las dinámicas estructurales de la sociedad, las condiciones materiales de existencia y su relación con la salud. Es decir, es necesario plantear el desafío de cómo reducir riesgos y daños frente a la extrema pobreza, frente a la violencia estructural de la inequidad, frente a la violencia clasista, a la opresión heteropatriarcal y racista, la exclusión, la criminalización de la pobreza, la violencia y abuso policial, el extractivismo y la destrucción de la naturaleza, la concentración de la riqueza, la mercantilización de la vida y las relaciones desiguales de poder, ya que todas estas son formas que conllevan, en distintos niveles, dolor, sufrimiento, enfermedad y/o muerte, y lxs trabajadorxs de la

salud no deberían permanecer indiferentes. Todas estas cuestiones recién mencionadas afectan de manera no-saludable a grupos y sujetos, debiendo destacar que lo no-saludable no corresponde necesariamente a la enfermedad, ya que existen condiciones de vida en las que los sujetos no están enfermos, pero se encuentran bajo condiciones destructivas (Breilh, 2015).

Así, muchas veces lo problemático del consumo de drogas no es el uso de sustancias, sino las condiciones materiales y simbólicas en las que la gente vive, que puede o no estar agravado por un consumo, debiendo considerar que no todo consumo es problemático. El correlato de esto (acerca de las condiciones sociales) puede ser hallado en que la discusión acerca de la importancia de respuestas integrales en las problemáticas relacionadas al uso de ciertas sustancias y específicamente las políticas prohibicionistas de drogas «ha[n] llevado a una esfera oculta el debate por la transformación de las condiciones sociales» (Goltzman y Di Iorio, en Goltzman y Amorin, 2013). Específicamente, en materia de sustancias ilegalizadas, el modelo de Reducción de Riesgos y Daños emerge hacia mediados de la década de 1980, cuando especialistas en drogas y gestores políticos se hallaron en la necesidad de obviar los aspectos más restrictivos de las leyes sobre drogas para poder solucionar algunas problemáticas reales, sociosanitarias, especialmente cuando fue elevada una alarma alrededor de la expansión del VIH, y que llevó a propiciar alternativas que fueron formuladas y luego finalmente llevadas a cabo en tanto políticas de reducción de daños y riesgos (Romaní, 2008).

Se trata de estrategias políticas que se desarrollan en el ámbito social, terapéutico y sanitario dirigido a minimizar los efectos negativos vinculados con el consumo de drogas, donde algunos de sus objetivos son: a) promover el desarrollo de una política social y sanitaria con una red de asistencia para las personas con consumo problemático de sustancias ajustada a sus demandas y necesidades, a la vez que aumentar su posibilidad de acceso al sistema sociosanitario; b) ayudar en la aceptación de que el consumo problemático puede consistir en una realidad que al menos provisoriamente no dejará de existir, y propulsar un conjunto de ayudas sociales que aminoren la marginalidad y la exclusión social (Romaní, 2008). Históricamente, por aquella época, se trató de crear centros de encuentro y acogida, donde lxs usuarixs de drogas podían acudir a diversos servicios como por ejemplo comer, lavarse y conversar un rato, además de la creación de asociaciones de usuarios, comités de apoyo de familiares, programas de testeo de sustancias en las fiestas, programas de educación, comunicación e información sobre características de ciertas drogas y sus condiciones de utilización (Romaní, 2008). Además, también se trató del intercambio de jeringas; sin embargo, lo fundamental consistió en considerar al usuario de drogas en tanto un ciudadano como los demás, sin cuestionar su derecho a continuar consumiendo (Romaní, 2008).

Dicho todo esto, si bien expresamos que el asunto del consumo de sustancias atañe a la salud y no a seguridad/sistema penal, ello reside en una opción ideológico-política asumida respecto a esta materia. Sin embargo, ¿qué sucedería si, desde una mirada transdisciplinaria, involucramos también a la discusión el prisma de la educación para continuar reflexionando?

Desde el paradigma prohibicionista/abstencionista, se trabaja con la concepción de enfermedad, donde incluso prima la perspectiva sobre lxs usuarixs de drogas en tanto delincuentes-enfermos (Di Iorio, 2019), con la cura (abstención como principio y horizonte), tomando como anclaje la biología, predominando el Modelo Médico hegemónico (Menéndez, 2005; 2015) y especialmente trabaja desde la manera prescriptiva de acercarse al otrx, donde el único saber que cuenta es el del/de la especialista, otorgándole un papel pasivo al usuarix de drogas, sin considerar su voz, su historia y sus decisiones.

En cambio, desde una perspectiva crítica, y como aporte al paradigma participativo, planteamos que puede ser interesante recuperar la noción de malestar, pues rompe con el par dicotómico sano-enfermo o normal-patológico, ya que el malestar implica pensar en otros términos. La noción de malestar es una categoría entre objetiva y subjetiva (implica tomar la palabra de quien padece) y refiere a considerar sensiblemente las condiciones de vida y su relación con el sufrimiento, a la vez que su utilización, enunciación y operacionalización epistémica contribuye a despatologizar la sociedad, ya que no todo malestar es patológico (Burin, 2010) y además no todo malestar es por enfermedad. De este modo, el malestar es considerado en términos de conflicto, debiendo atender a los orígenes en los procesos socio-políticos que imponen condiciones opresivas a determinados grupos de sujetos. Además, tal como sostiene Zemelman (2005) estamos desafiados a construir nuevas categorías, algunas como el sufrimiento, por ello, se trata de ampliar la categoría salud y de realizar entonces el estudio de los procesos de salud/sufrimiento/enfermedad/cuidado. En este sentido, cabe reflexionar acerca de si lxs usuarixs de drogas manifiestan algún tipo de sufrimiento o no en general, sufrimiento a la vez que puede estar relacionado o no al consumo específico de cierta sustancia (legal o ilegal). En todo caso, se tratará de no realizar generalizaciones, sino de atender a cada sujeto y a cada situación, en contexto.

Retomando un punto anterior, expresábamos que el paradigma prescriptivo/prohibicionista/abstencionista se centra en el sujeto individual, pero no toma en cuenta su voz y su historia (al menos no de manera crítica ni profunda), porque el único saber válido es el del/de la especialista. Mientras que para el paradigma participativo un aporte posible lo constituye la idea de que «la persona que se venía a atender, con su experiencia, con su conocimiento de vivir, construiría con nosotros su proyecto terapéutico. Era una ruptura del dominio de un saber único sobre la vida del otro» (Merhy, 2016). Esta manera de percibir y trabajar por un lado rompe fuertemente con el Modelo Médico hegemónico

(Menéndez, 2015) que solo considera el saber del especialista y, por el otro lado, posibilita la articulación con el pensamiento-acción de Paulo Freire, quien toma la historia y los saberes de la gente, es decir, la apreciación de que el vivir produce un cierto conocimiento, legítimo y necesario: «en mis relaciones político-pedagógicas con los grupos populares no puedo de ninguna manera dejar de considerar su saber hecho a partir de la experiencia» (Freire, 2015, p. 77). Además, el reconocimiento de los saberes de los sujetos resulta fundamental para la concepción de sujeto desde el paradigma participativo, concepción clave para reflexionar sobre la dimensión política de la reducción de daños (Goltzman y Di Iorio, en Goltzman y Amorin, 2013).

A su vez, las metodologías dialógicas con las que propone trabajar el paradigma participativo resuenan en las prácticas de educación popular con las que Freire históricamente discutía y ponía palabras y acciones a circular en rondas, rompiendo así con el modo prescriptivo/unidireccional y asimétrico del modelo bancario en la educación.

También, es importante reconocer que existe una fuerte tensión entre lo colectivo y lo individual en la práctica de cuidado, «y los trabajadores de la salud, con el manejo que tenemos del proceso relacional, nos podemos implicar de una manera muy fuerte con la vida del otro, pero también podemos apartarnos y decirle al otro “este es su problema, a mí no me interesa”» (Merhy, 2016). Es en este sentido que se torna importante interpelar a lxs trabajadorxs de la salud, ya que en sus prácticas se (re)actualiza una dimensión relacional del acto en salud, en el sentido de que las intervenciones se realizan en una relación con el otro, y el marco, el tono, los gestos, las palabras, la escucha (o no) y la disposición pueden ser muy diferentes según los modos de intervenir. Se trata de reconocer que en la tarea de cuidar lxs trabajadorxs de salud toman decisiones que determinan la calidad de la atención que brindan. En este sentido, es fundamental recuperar la idea de la dimensión subjetiva de la producción de la salud, o bien la producción subjetiva del cuidado (Merhy y Franco, 2011).

De este modo, se llama la atención acerca de que los cuidados en salud se producen en una relación intersubjetiva, y para ello resulta fundamental construir vínculos donde haya empatía, respeto, una mirada abierta, inclusiva, una disposición atenta y una sensibilidad viva para con el semejante, donde se produzca un vínculo de acogimiento, debiendo para esto desmontar la mecanización, la burocratización, la mercantilización, el productivismo, el acartonamiento y las relaciones asimétricas propias todas ellas de una salud tecnocrática/positivista/eficientista. Ello impacta en las formas de atención a sujetos con consumo problemático, dependiendo del paradigma desde el cual se lo efectúe. Se trata de considerar que cada trabajadorx pone en acción su subjetividad, «su producción subjetiva en acto, que produce el cuidado en salud y, al mismo tiempo, produce al propio trabajador en tanto sujeto en el mundo» (Merhy y Franco, 2011, p. 10). El trabajo en salud es un trabajo vivo, en el sentido

de que en la producción de salud intervienen atributos como la libertad, la creación y la inventiva (Merhy y Franco, 2011). El trabajo vivo en salud refiere a la importancia de reconocer «la posibilidad que tienen los trabajadores de realizar su trabajo con un alto grado de libertad» (Merhy y Franco, 2011, p. 13). A su vez, el trabajo vivo refiere a que se trata de una relación de acogimiento, a la potencialidad de creación de vínculos y de mayores grados de autonomía en el modo de las personas de andar la vida (Zaldúa y Bottinelli, 2010). Justamente, pensamos que la clave está en el término portugués de *acolhimento* (Petuco, 2008), término que se sitúa entre el abrigo, el acogimiento y el refugio, en tanto disposición de lxs trabajadorxs desde el paradigma participativo, más allá de que lxs usuarixs no dejen de consumir ciertas sustancias.

| 12

Por otro lado, el Modelo Médico hegemónico (Menéndez, 2005; 2015) opera solo en la dimensión técnica del saber, en donde se reduce el acto en salud a un momento mecánico, operativo, burocrático, más allá de las buenas intenciones. Se puede realizar aquí una equiparación con la dimensión técnica del saber para la *educación bancaria* (educación formal) (Freire, 1975) en la cual opera un puro adiestramiento técnico y mecanicista (Freire, 2015).

Retomando, el trabajo en salud es un trabajo siempre relacional, porque es en relación con otrxs, y nuestra relación con lxs otrxs es la expresión de nuestra relación con el mundo. Se trata de una relación fundamental, porque el encuentro entre personas es el encuentro de los mundos, es el encuentro de la co-producción y despliegue de «los posibles» —y no solo de «lo dado», de lo que ya es—, es el encuentro de aperturas, de flujos, de diálogos e intercambios mucho más allá del capital. Se trataría de ensanchar cualitativamente esa relación, de ampliarla con valores como la libertad y la igualdad, de producirla y recrearla como relación viva, debiendo cuidar esa relación para que no muera bajo la normativización, la burocratización, la automatización mecánica, la mercantilización y la rigidez del sistema capitalista de salud. En este sentido, en relación a la atención mecánica de usuarixs, puede trazarse un paralelismo con la educación mecánica que refería Freire (1975) respecto a la *educación bancaria* (educación formal), una educación que solo enseña a memorizar y repetir rituales, conceptos y fechas como si fueran cosas.

Además, en cuanto a los procesos de salud/sufrimiento/enfermedad/cuidado, desde el paradigma participativo en drogas se torna vital practicar un ejercicio del cuidado hacia el/la otrx, debiendo escuchar su voz y su historia, que no se reducen al acto de consumir solamente. De este modo, resulta sustancial resaltar que referirse a la dimensión del cuidado posibilita extrapolarla y llevar la misma a la esfera cotidiana de los sujetos, los grupos y sus relaciones interpersonales, sin la necesidad de hablar del ámbito institucional de atención ni de lxs trabajadores de salud. Tal como expresa Menéndez es importante «reconocer que las explicaciones y las acciones sobre el proceso salud/enfermedad no solo incluyen al personal de salud, sino también a los grupos sociales,

posibilitando la legitimación de una visión no profesionalizada» (2005, p. 10). Así, el cuidado es mucho más amplio que la atención y es plausible extenderlo a las relaciones interpersonales en las prácticas cotidianas de existir, a cómo nos cuidamos y nos desprotegemos o dañamos intersubjetivamente en nuestras esferas cotidianas. En este sentido, las relaciones horizontales de confianza, de solidaridad, abrigo, acogimiento, refugio, afecto y respeto son también relaciones de cuidado. Sin embargo, se trata de ejercitar la dimensión del cuidado de unxs con otrxs, recíprocamente y de manera horizontal, debiendo desnaturalizar y desarmar el mandato patriarcal que asigna el papel del cuidado solo a las mujeres (Zaldúa y Bottinelli, 2010). Además, tener en cuenta y practicar la dimensión del cuidado intersubjetivamente es un fuerte componente en el modelo de RRYD (Di Iorio, 2015).

| 13

En este sentido, y sosteniendo que los vínculos son una apuesta política, la propuesta en este trabajo consiste en postular la necesidad de superar el caleidoscopio individualista, salir de la retórica de uno mismo, es decir la vida individualizada que es afirmada constantemente por el capitalismo, y co-construir contrapedagogías participativo-dialógicas desde y hacia un prisma relacional. Para ello, las prácticas y dinámicas de la educación popular (Freire, 1975) son una posibilidad, ya que se centran en la relación y no en el sujeto individual. La propuesta de Freire (1975; 2014; 2015) es claramente una contrapedagogía, pues plantea la importancia de romper con la automatización y domesticación de la educación formal o *educación bancaria* (Freire, 1975). El trabajo de Freire apunta a trabajar en ronda, construyendo horizontalidad entre los grupos oprimidos que han sido silenciados por la cultura dominante, donde todxs tienen algo para decir si hay quien escuche. Además, los ejercicios de problematización de la realidad en dinámicas de educación popular del trabajo de Freire (1975) propician extrapolar dichos ejercicios al modelo de RRYD, para desarmar la naturalización, los prejuicios, estereotipos y moralidades que atraviesan a los cuerpos pensantes. Así, desde el modelo de RRYD se ponen en juego prácticas pedagógicas problematizadoras en un proceso participativo (Di Iorio, 2015).

Además, los procesos dialógico-participativos trabajados por Freire posibilitan ser extrapolados a las prácticas de RRYD, para romper con el monólogo de especialistas que prescriben lo que hay que hacer sin alojar a los sujetos involucrados, propio del paradigma prescriptivo, en contraposición al modelo participativo (Romaní, 2008). De este modo, construir el pasaje del paradigma prescriptivo (Prohibicionista/abstencionista) hacia un paradigma participativo posibilita resituar la problemática en las relaciones interpersonales, que son las que nos constituyen como seres humanos complejos.

Actualmente, el modelo de RRYD está orientado a la asistencia de un amplio abanico de problemáticas vinculadas con los procesos de vulnerabilidad social a partir de la intervención comunitaria (Galante et al., 2009). Así, vemos que las problemáticas relacionadas al consumo de ciertas sustancias

van mucho más allá del sentido común hegemónico acerca de *las drogas*, sentido común que parte de representaciones sociales dominantes y estereotipos.

A su vez, apostar a los vínculos que se puedan ir co-construyendo aporta un componente fundamental a la (re)creación de lazos sociales, centrales no solo frente a problemas relacionados al uso de drogas, sino también frente a un sistema destructivo como el capitalismo que insiste con el individualismo. En esta sintonía, el modelo de RRYD también puede ser pensado como contrapedagogía, ya que plantea la importancia de trabajar de un modo diferente (Goltzman, 2016), que es tal respecto al instituido dominante (paradigma prohibicionista/abstencionista, en la que impera el Modelo Médico hegemónico). El modelo de RRYD es una contrapedagogía porque supone romper con el sentido común hegemónico, con la mirada profesional-técnico-prohibicionista y con la perspectiva unidisciplinar del Modelo Médico hegemónico (Menéndez, 2005; 2015), además de que implica desaprender y reaprender prácticas que se hallan ancladas en la trama socio-comunitaria. Asimismo, el modelo de RRYD plantea la necesidad de trabajar desde la interdisciplina o la transdisciplina, «en una posición más igualitaria, flexible y participativa en la toma de decisiones» (Goltzman, 2016, p. 9). De este modo, el modelo de RRYD apunta a superar la clásica separación entre conocimiento científico y saber popular, detectando que la complejidad de la problemática necesita de la integración de saberes de diversas disciplinas y de los saberes y experiencias de lxs usuarixs de drogas (Galante et al., 2009).

También, una aproximación a la relación entre educación popular y el modelo de RRYD es esbozada en el texto de Galante et al. (2009), al mismo tiempo en el de Dênis Petuco, y en el de Roxana Fernández (Goltzman, 2016), para quien la construcción de vínculos es fundamental.

PALABRAS FINALES

En el presente trabajo se trató de esbozar y dejar asentado, de manera breve, una articulación posible entre el paradigma participativo, el modelo de RRYD y las prácticas de educación popular en tanto contrapedagogías. A su vez, se mencionó la hipótesis que sostiene que el paradigma prescriptivo/prohibicionista/abstencionista trabaja con el individuo como centro, mientras se situó que el modelo de RRYD (y las prácticas de educación popular) se enfoca en la relación, en la trama intersubjetiva. Construir este pasaje del individuo hacia la relación implica ejercitar una pequeña revolución epistémico-política, pues el mundo capitalista está pensado para y desde el individuo.

En esta producción escrita se desplegaron algunas discusiones y reflexiones sobre la dimensión del cuidado, la cual resulta fundamental para incluir en los debates desde el campo de la salud, pero también de la educación, desde una trama transdisciplinaria, ya que el cuidado puede estar ya sea explícita

o implícitamente operando tanto en el paradigma prescriptivo como en el paradigma participativo, pero desde modelos de comprensión diferentes. Cuidar al sujeto que consume es concebirlo como sujeto de derechos y en igualdad de condiciones, con una voz e historia propias que deben ser alojadas y, en caso que así se pretenda, sean problematizadas no solo por otros sino por el sujeto en tanto ser activo en el mundo.

También, se trabajó de manera sucinta la cuestión de la producción del cuidado en las prácticas cotidianas de existir, más allá de la esfera institucional y profesional, resituando así la responsabilidad en los vínculos que co-construimos y sostenemos durante el curso de la vida. Además, en este trabajo se intentó construir una respuesta al interrogante de cómo propiciar una contrapedagogía, a saber, las prácticas desde el paradigma participativo, el modelo de Reducción de Riesgos y Daños en particular y las prácticas de educación popular son una manera de ejercitar contrapedagogías, además de la importancia de seguir apostando a las relaciones intersubjetivas.

En otro orden de ideas, se abordó cómo la reducción de riesgos y daños puede ser pensada en términos generales, planteando el desafío de cómo reducir daños ante la violencia estructural de la inequidad, la violencia y abuso policial, la opresión heteropatriarcal y racista (entre otros mencionados). Por último, se postuló la idea de recuperar el concepto de malestar/sufrimiento, que rompe con la clásica dicotomía salud-enfermedad.

Por último, la dimensión de la conciencia —sobre las drogas, por ejemplo— podría ser abordada en un trabajo posterior, en relación a los procesos de *concientización* que Freire (1985) ligaba a proyectos críticos desde la educación popular y desde una dimensión colectiva, relacional. Retomando el modo crítico de comprender al cuidado, se trata de abordarlo en tanto las acciones que abarcan lo que hacemos para mantener, continuar y reparar el mundo en el que vivimos de la mejor manera posible. Estas actividades deben envolver nuestro ser, nuestro cuerpo y nuestro medio ambiente.

Referencias bibliográficas

- ARDA. Asociación de Reducción de daños de Argentina. Sitio web: <https://arda.org.ar/>
- Breilh, J. (2015). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Burin, M. (2010). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1
- Convención Única sobre estupefacientes (1961). Naciones Unidas. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf
- Cucchi, R. (2022). El negocio de las drogas ilegales y el consumo problemático. Aportes para un debate multidimensional. *Pensamiento Penal*, N.º 409. <https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/89807-negocio-drogas-ilegales-y-consumo-problematico-aportes-debate-multidimensional>
- Czernikier, A.; Escobar, V., y Pinto Venegas, J. P. (2017). *Red Puentes, una experiencia comunitaria en el tratamiento de prevención del consumo problemático de sustancias*. 1^{er} Congreso Provincial de Salud

Mental y Adicciones. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/red-puentes-una-experiencia-comunitaria-en-el-tratamiento-y-prevencion-del-consumo-problematico-de-sustancias/>

Di Iorio, J. (2015). De la advertencia a la prevención transformadora: abordar los usos problemáticos de drogas en adolescentes y jóvenes. *Revista Voces en el Fénix*, Año 6, N.º 42, pp. 28-33. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. <https://www.vocesenelfenix.com/content/de-la-advertencia-la-prevenc%C3%B3n-transformadora-abordar-los-usos-problem%C3%A1ticos-de-drogas-en-a>

Di Iorio, J. (2019). *Situación de calle, Espacio Público. Usos de drogas. Una aproximación al problema*. Intercambios Asociación Civil. <https://intercambios.org.ar/assets/files/Situacion-decalle.pdf>

Freire, P. (1975). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.

Freire, P. (1985). *Concientización*. Ediciones Búsqueda.

Freire, P. (2015). *Pedagogía de la autonomía*. Siglo XXI Editores.

Freire, P. y Faundez, A. (2014). *Por una pedagogía de la pregunta*. Siglo XXI Editores.

Galante, A., et al. (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Revista Escenarios* (14), pp. 113-121. Universidad Nacional de La Plata. <https://www.academica.org/maria.pia.pawlowicz/73.pdf>

Goltzman, P. M. (2016). *Memorias del Encuentro Intervenciones desde la reducción de daños: desafíos y perspectivas actuales*. Intercambios Asociación Civil. <https://intercambios.org.ar/assets/files/IntervencionesdesdelaReducciondedaos.Pdf>

Goltzman, P. M. y Amorín, M. E. (2013). *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión...y vuelta*. Intercambios Asociación Civil. <https://intercambios.org.ar/assets/files/Prcticasdetrabajoendrogas.Pdf>

Intercambios–Asociación civil para el estudio y atención de problemáticas vinculadas con las drogas. <https://www.intercambios.org.ar/index.html>

Ley N.º 26657. Ley Nacional de Salud Mental (25 de noviembre de 2010). Decreto Reglamentario N.º 603/2013.

Ley N.º 23737. Ley Nacional contra la discriminación (21 de septiembre de 1989). Promulgada de Hecho: 10 de octubre de 1989.

Ley N.º 26934. Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos (30 de abril de 2014). Promulgada de Hecho: 28 de mayo de 2014.

Ley N.º 27350. Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados (19 de abril 2017). Decreto reglamentario: 12 de noviembre de 2020.

Mamá Cultiva Argentina. <https://mamacultivaargentina.org/>

Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores, *Salud Colectiva*, 1(1), pp. 9-32. Publicación editada por Salud Colectiva - Centro de Estudios para la Salud con el auspicio de la Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>

Menéndez, E. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.

Merhy, E. E. (2016). La enfermedad es un fenómeno social, no es un fenómeno biológico, *Página12*. Entrevista por Verónica Engler. <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-309729-2016-09-19.html>

Merhy, E. E. y Franco, T. B. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado, *Salud Colectiva*, 7(1), pp. 9-20. Publicación editada por Salud Colectiva - Centro de Estudios para la Salud con el auspicio de la Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/sc.2011.251>

Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa.

Movimiento Popular La Dignidad. Red Puentes. S.d.

Paiva, V.; Ayres, J. R.; Capriati, A. J.; Amuchástegui, A.; Pecheny, M. M. (2018). *Prevención, Promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. TeseoPress.

Petuco, D. (2008). A veces lo que mata no es la droga, sino las políticas de drogas, *Página12*. Entrevistado por Pedro Lipcovich. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-113168-2008-10-11.html>

Romaní, O. (2008). Políticas de Drogas: Prevención, Participación y Reducción del Daño, *Salud Colectiva*, 4(3), pp. 301-318. Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/sc.2008.347>

Zaldúa, G. y Bottinelli, M. M. (Comps.) (2010). *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Eudeba.

Zemelman, H. (2005). *Voluntad de conocer: el sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico*. Anthropos Editorial-Centro de Investigaciones Humanísticas. Universidad Autónoma de Chiapas.