



Universitat Autònoma de Barcelona

ESTUDIOS DE DOCTORADO DE PSICOLOGÍA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL
TESIS DOCTORAL

**Hombres, masculinidades y atención sanitaria en
Brasil: una mirada de género sobre políticas
públicas de Reducción de Daños**

Maristela de Melo Moraes
Septiembre de 2012

Marisela Montenegro
Directora

Oriol Romani
Co-director

***En el ciclo del nacer al morir,
dedico este trabajo a la llegada de mi hijo Gabriel
y a la memoria de Jorge Tadeu Nogueira Nunes.***

Agradecimientos

Agradezco a todas las organizaciones y personas que han hecho posible este trabajo, especialmente:

- al Leadership Fellowship Program (2008-2011) de LASPAU - Academic and Professional Programs for the Americas, afiliada a la Harvard University, que con recursos de Kellogg Foundation me ha concedido la beca de estudios. A los/las asesores de programa que me han orientado, Derek Tavares, Sonia Wallenberg, Paulina Savage y María Fernanda López-Jacoiste Ortiz. A mis compañeros/as de beca;

- a la Universidad Autónoma de Barcelona, especialmente a mi directora de tesis Marisela Montenegro que ha guiado mis pasos y me ha ayudado a encontrar el “hilo argumental”; a Cristina Prats de la Secretaría del Departamento de Psicología; al Grupo Fractalidades en Investigación Crítica – FIC y todos los/as amigos/as que allí he encontrado, especialmente Laura Yufra, Antar Martinez, Analía Buzaglo, Yann Bona, Fernando Zarco, María Laura, Rayen Rovira, Alvaro Briales, Rubén Avila, Jimena Carrasco y Patricia Aljama. A los profesores Juan Pujol, Luzma Martinez, Lupicinio Íñiguez y Blanch. A los/las participantes del tribunal de lectura de la tesis;

- a la Universidad Rovira i Virgili, especialmente a mi co-director de tesis Oriol Romani que me ha dado preciosas sugerencias;

- al Instituto Papai y a todo el equipo por acreditar en mi trabajo y ofrecerme el apoyo necesario para lograr un sueño. Especialmente a Benedito Medrado por iluminar los caminos por los que ando, a Jorge Lyra por motivarme a seguir, a Regina por los abrazos y buenas energías, a Ricardo por la amistad y compañerismo; a Sirley, Hemerson por compartir ideas y ayudarme con el campo de la tesis; a Mariana, Marcilene, Ana Carla, Thiago, Edinha, Alda, Suely y a todas las personas que han pasado por esta importante organización a lo largo de los años;

- al Gema-UFPE, Grupo de Estudios sobre Género y Masculinidades, mi cuna y mi proyecto de futuro, especialmente a Marcio Valente y Edna Granja, por contribuciones decisivas para el camino analítico y a todos/as los/las jóvenes investigadores/as con tantas ganas de producir vida al producir conocimiento;

- a la red de organizaciones que ha hecho posible el trabajo de campo y a todas las personas que han participado en el estudio. Especialmente a la Secretaria Municipal de Saúde y al Programa Mais Vida de Recife, a las Secretarias Estaduais de Saúde de Pará, Rio de Janeiro y Pará, a la Secretaria de Saúde do Distrito Federal y Ministério da Saúde, al Programa Nacional DST-Aids del Ministério da Saúde do Brasil; a la Rede Pernambucana de Redução de Danos; a Evaldo Melo y todo el grupo de Consultoria del Programa Atitude, y al equipo del Intensivo Cabo del Programa, que han inspirado muchas discusiones del apartado de resultados;

- a los amigos/as con los que he compartido la vida en Barcelona, especialmente a Adriano Beiras y Roberta Alencar, mis hermanos de alma; a Rafael Diehl, ahora compartiendo la vida en Recife; a Isabela de Melo Mussi, por hacernos sentir cuidados; a Marlon Xavier; a Toni Carbonell, Ainhoá Gallardo y Alba Bustamante; a Julieta Andrea Hain, Eziane Costa, Katia Bones Rocha; Joao Lima y Núria Miquel; Alvaro, Andreu Marzal e Israel Valle; a Vera Menegon; a Violeta y Paco; a Juan y Enric Mas; a Franziska Hoheisel y Juliette Allard; a Renata Lira, por compartir dolores y avances, por pensar juntas el tema de la maternidad; a Cláudio Malta y su familia de la que siento formar parte;

- a mis amigos/as de ahora o de toda la vida y a personas que han estado conmigo de muchas maneras en estos 4 años: Nara Vieira y Luck, mis hermanas; a Eva Rozental, Marcia y Cathy; a Viviane Xavier, por las ayudas en el mundo de la maternidad; a Rossana Rameh, Naíde Teodósio y Alda Campos; a Ana Glória; a Denis Petuco por las ideas inspiradoras y por la ayuda en el campo de la tesis; a Cláudio Pedrosa, Joao Bosco, Daniel Lima, Alexandre Franca, Cinthya Eveny, Fábio Calamy, Ana Paula Melo, Ana Karla Victor, Juliana Gurgel, Fernando Gadelha, Letícia Almeida, Susana Souto, Fernando Lacerda y Rizo, Carlinhos y Léa; a Milton Correa, un ángel en nuestras vidas. A Rosa Pereira. A Eli de todos los días;

- a mi familia: mi marido Gregório (meu amor, sem você eu não conseguiria) y al fruto de nuestro amor, Gabriel, el más grande regalo de la vida; a mi madre Margarida, por todo lo que soy, le doy las gracias; a mis hermano/as Rafaela, Julio César y Ana Rita; a mis sobrinos/as Lilith, Maria Julia, Patrício, Maria Luiza y Catarina; a mi tía-madre Guidinha, a Josué, Alice y Tarcio; a D. Lena, Sr. Gregório, Helena, João Cláudio y Eliane. A Ércole, Pedro y Gabriel; a Margarida Davino, sus hijos/as y netos/as.

Resumen

La relación entre masculinidades y consumo de alcohol y otras drogas aunque no sea novedosa, es foco de pocos estudios. El discurso científico señala el consumo de drogas entre hombres como parte de los procesos de socialización masculina (Nascimento, 1999; Acioli, 2001; Franch, 2004; Moraes, 2008). Por otro lado, el discurso de la Sanidad pone de manifiesto que los hombres son mayoría en los servicios sanitarios de atención a las personas con problemas generados por el consumo de alcohol y otras drogas. Este juego de poder no resulta sencillo y acaba teniendo una relación directa con la identificación/auto-identificación de las vulnerabilidades y fragilidades masculinas, que ponen bajo amenaza la posición superior de los hombres en la jerarquía de género. En este contexto, nuestra investigación ha tenido como objetivo general analizar, desde una perspectiva de género como estructurante de las relaciones de poder (Scott, 1990), los sentidos producidos sobre los hombres y las masculinidades en las políticas públicas de sanidad en Brasil, dirigidas a las personas que consumen alcohol y otras drogas, con especial atención en la reducción de daños (RD), con vistas al desarrollo de sugerencias hacia un modo generizado de comprender y actuar en el contexto de la sanidad mental. Está situada en una perspectiva discursiva, basada y orientada por las contribuciones construccionistas a la Psicología Social, por la noción de discurso como práctica social, por el giro lingüístico (Ibáñez, 1979 y 1994; Lñiguez, 2006; Rorty, 1967) y por críticas feministas a la producción de conocimiento que dialogan con la perspectiva construccionista (Harding, 1986; Haraway, 1995; Butler, 2004). Está asentada en la perspectiva teórico-metodológica de producción de sentido y prácticas discursivas (Spink y Frezza, 1999) utilizando la noción de repertorios lingüísticos en el proceso de análisis (Spink y Medrado, 1999). El diseño del estudio comprendió la identificación y análisis de 11 documentos de políticas públicas de la sanidad de Brasil, dirigidos a las personas que consumen alcohol y otras drogas; y la realización y análisis de 7 entrevistas con gestores de políticas públicas de la sanidad a nivel nacional y local, realizadas en las 5 regiones geo-políticas de Brasil, y de 3 grupos de discusión con profesionales y gestores/as de políticas públicas de sanidad, en dos estados del Nordeste de Brasil. Analizamos que los sentidos producidos respecto a los hombres y a las masculinidades estaban caracterizados por la fijeza de oposiciones binarias hombre-mujer, masculino-femenino, fuerza-fragilidad y por usos meramente descriptivos del género a nivel de las políticas y prácticas sanitarias que, por ejemplo, considera a los hombres-usuarios de los servicios, por un lado, como potencialmente peligrosos y violentos, pero por otro, como frágiles por los problemas con el consumo de drogas. Discutimos que la cadena de sentidos relacionada con el concepto de la RD la concibe como un proyecto, lo que remite a la idea de conocimiento en construcción, pero por otro lado, como un método político-clínico y como una perspectiva emancipadora que tensiona el saber-poder instituido en el campo de las drogas. Sin embargo, comprender que los hombres deben ser pensados como sujetos de la política sanitaria es algo complejo porque no supone individualmente un proceso de emancipación, sino un reconocimiento de fragilidades. En este sentido, defendemos un modo de comprender e intervenir que vaya más allá de la polaridad de posiciones de poder y admita el tránsito, la porosidad, la flexibilidad y los modos variados de performar el género. Asumimos la necesidad de incorporar otra racionalidad de riesgo aplicada a dichos contextos, llevada a cabo por la perspectiva de la RD, que incluya la dimensión positiva del riesgo, ayudando a romper con el ciclo riesgo-control, que basa y subordina a las personas que necesitan cuidados sanitarios. Por último, reafirmamos que la necesidad de un proyecto de transformación social que se exprese también a nivel de la Sanidad no significa aceptar sin críticas la incorporación de las perspectivas de género y de RD como sinónimo de emancipación, sino tensionar la propia idea de transformación, para rechazar maneras de comprender e intervenir igualmente controladoras.

Abstract

The relationship between masculinity and consumption of alcohol and other drugs are not new. There are few studies focusing on this relationship. Scientific research indicates drug use among men as part of male socialization processes (Nascimento, 1999; Acioli, 2001; Franch, 2004; Moraes, 2008). On the other hand, the discourse of Health explains that men are the majority in care services for people with alcohol and drug related problems. This power game is not simple and is directly related to the self-identification of male vulnerabilities and weaknesses, threatening the superior position of men in the gender hierarchy. In this context, our research aimed to analyze, from a gender perspective as structuring of power relations (Scott, 1990), the meanings produced on men and masculinities in public health policies in Brazil, aimed at people who use alcohol and other drugs, with a focus on harm reduction, with a view at developing suggestions for a gendered way to understand and act in the context of mental health. It is situated in a discursive perspective based and driven by constructionist contributions to Social Psychology, having the notion of discourse as social practice, the linguistic turn (Ibáñez, 1979 and 1994; Iñiguez, 2006; Rorty, 1967) and feminist critiques of knowledge production that dialogue with the constructionist perspective (Harding, 1986; Haraway, 1995; Butler, 2004). It is further based on the theoretical and methodological perspective of meaning production and discursive practices (Spink & Frezza, 1999) using the notion of linguistic repertoires in the analysis process (Spink & Medrado, 1999). The study design included the identification and analysis of 11 documents of public health policies in Brazil, aimed at people who use alcohol and other drugs, the completion and analysis of 07 interviews with managers of public health policies at national and local level, performed in 05 geopolitical regions of Brazil and of 03 focus groups with professionals and public health policies managers in two states in northeastern Brazil. We analyze how the meanings produced on men and masculinities were characterized by fixity of binary oppositions men-women, male-female, force and fragility and by merely descriptive uses of gender in terms of policies and sanitary practices, that for example, puts men-users of the services as potentially dangerous and violent on one hand, but as weak with drug use problems on the other hand. We argue that the chain of meanings associated with the concept of harm reduction makes it a project, which leads to the idea of knowledge in construction, but on the other hand, as a political-clinician method and an emancipatory perspective that strains the knowledge-power established in the field of drugs. However, understand that men should be thought of as subjects of health policies is complex because it involves a process of individual emancipation, but rather an acknowledgment of weaknesses. In this sense, we advocate a way to understand and act that goes beyond the polarity of positions of power and admits transit, porosity, flexibility and varied ways to perform gender. We recognize the need to incorporate other risk rationality applied to these contexts, from the perspective of harm reduction, including the positive dimension of risk, helping to break the cycle risk control, which builds and makes the people who need health care. Finally, we reaffirm that the need for a project of social transformation, that is also expressed in terms of health, does not mean accepting uncritically the incorporation of gender perspectives and harm reduction as a synonym for emancipation: it is necessary to tighten the very idea of transformation to overcome ways to understand and intervene equally controlling.

Resumo

A relação entre masculinidades e consumo de álcool e outras drogas, ainda que não seja nova, são poucos os estudos que focalizam essa relação. O discurso científico aponta o consumo de drogas entre homens como parte dos processos de socialização masculina (Nascimento, 1999; Acioli, 2001; Franch, 2004; Moraes, 2008). Por outro lado, o discurso da Saúde explicita que os homens são a maioria nos serviços de atenção às pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Este jogo de poder não é simples e está diretamente relacionado com a identificação/auto-identificação das vulnerabilidades e fragilidades masculinas, que ameaçam a posição superior dos homens na hierarquia de gênero. Neste contexto, nossa investigação teve como objetivo geral analisar, a partir de uma perspectiva de gênero como estruturante das relações de poder (Scott, 1990), os sentidos produzidos sobre os homens e as masculinidades nas políticas públicas de saúde do Brasil, dirigidas às pessoas que consomem álcool e outras drogas, com enfoque na redução de danos (RD), com vistas ao desenvolvimento de sugestões para um modo generizado de compreender e atuar no contexto da saúde mental. Está situada em uma perspectiva discursiva, baseada e orientada pelas contribuições construcionistas à Psicologia Social, pela noção de discurso como prática social, pelo giro lingüístico (Ibáñez, 1979 y 1994; Iñiguez, 2006; Rorty, 1967) e por críticas feministas à produção de conhecimento, que dialogam com a perspectiva construcionista (Harding, 1986; Haraway, 1995; Butler, 2004). Está assentada na perspectiva teórico-metodológica de produção de sentido e práticas discursivas (Spink y Frezza, 1999) utilizando a noção de repertórios lingüísticos no processo de análise (Spink y Medrado, 1999). O desenho do estudo compreendeu a identificação e análise de 11 documentos de políticas públicas de saúde do Brasil, dirigidos às pessoas que consomem álcool e outras drogas; a realização e análise de 07 entrevistas com gestores de políticas públicas de saúde em nível nacional e local, realizadas nas 05 regiões geopolíticas do Brasil e de 03 grupos de discussão com profissionais e gestores/as de políticas públicas de saúde, em dois estados do Nordeste do Brasil. Analisamos que os sentidos produzidos sobre os homens e as masculinidades estavam caracterizados pela fixidez das oposições binárias homem-mulher, masculino-feminino, força-fragilidade e por usos meramente descritivos de gênero ao nível das políticas e práticas sanitárias que, por exemplo, coloca os homens-usuários dos serviços como potencialmente perigosos e violentos por um lado, e por outro como frágeis por terem problemas com drogas. Discutimos que a cadeia de sentidos relacionada com o conceito de RD a coloca como um projeto, o que remete à idéia de conhecimento em construção, porém por outro lado, como um método político-clínico e como uma perspectiva emancipatória que tensiona o saber-poder instituído no campo das drogas. Entretanto, compreender que os homens devem ser pensados como sujeitos das políticas sanitárias é algo complexo porque não supõe individualmente um processo de emancipação, mas sim um reconhecimento de fragilidades. Neste sentido, defendemos um modo de compreender e intervir que vá além da polaridade de posições de poder e admita o trânsito, a porosidade, a flexibilidade e os modos variados de performar gênero. Assumimos a necessidade de incorporar outra racionalidade de risco aplicada a estes contextos, a partir da perspectiva da RD, que inclua a dimensão positiva do risco, ajudando a romper com o ciclo risco-controle, que baseia e subordina as pessoas que necessitam cuidados à saúde. Por fim, reafirmamos que a necessidade de um projeto de transformação social que se expressa também ao nível da Saúde não significa aceitar sem críticas a incorporação das perspectivas de gênero e de RD como sinônimo de emancipação: é necessário tensionar a própria idéia de transformação para suplantar as maneiras de compreender e intervir igualmente controladoras.

Listado de abreviaciones

ABORDA - Asociación Brasileña de Reductoras y Reductores de Daños
CAPS - Centros de Atención Psicosocial
CAPSad - Centros de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas
CIT - Comisión Intergestores Tripartite (Brasil)
CNS - Consejo Nacional de Sanidad (Brasil)
CONASEMS - Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Sanidad
CONASS - Consejo Nacional de Secretarios Estaduales de Sanidad
CRAS – Centro de Referencia de la Asistencia Social
CTA - Centros de Teste y Consejería
DF – Distrito Federal (Brasil)
MS – Ministerio de la Sanidad
OG – Organización Gubernamental
ONG - Organización no Gubernamental
ONU – Organización de las Naciones Unidas
OSC – Organizaciones de la Sociedad Civil
PN DST/Aids – Programa Nacional de Enfermedades Sexualmente Transmisibles y Sida, Ministerio de la Sanidad (Brasil)
PNAISH - Política Nacional de Atención Integral a Sanidad del Hombre (Brasil)
PRD – Programa de Reducción de Daños
RD – Reducción de daños
REDUC - Rede de Reducción de Daños y Derechos Humanos
SAE - Servicio de Asistencia Especializada em VIH/Sida
SENAD – Secretaria Nacional sobre Drogas
SM – Sanidad Mental
SUAS - Sistema Único de Asistencia Social (Brasil)
SUS – Sistema Único Sanitário (Brasil)
UBS - Unidad Básica Sanitaria
UDI – Usuarios de drogas inyectables

Índice

| | |
|---|-----------|
| 1. PARTE A - Contexto inicial..... | 1 |
| 1.1 Objetivo general..... | 4 |
| 1.2 Objetivos específicos..... | 4 |
| 1.3 Recorrido del texto | 5 |
| 2. PARTE B - Género y riesgo en las políticas de sanidad..... | 11 |
| 2.1 Políticas públicas de sanidad desde el enfoque de género..... | 11 |
| 2.2 Hombres y masculinidades en la sanidad..... | 23 |
| 2.3 El lenguaje del <i>riesgo</i> en políticas públicas de sanidad..... | 27 |
| 2.4 Políticas públicas de sanidad en Brasil – reducción de daños (RD) como política pública en el campo del consumo de drogas..... | 35 |
| 2.4.1 El recorrido histórico de la RD..... | 38 |
| 2.4.2 El Sistema Único de Sanidad de Brasil (SUS)..... | 51 |
| 2.4.3 En resumen: el género y el discurso respecto al riesgo en las políticas de RD..... | 54 |
| 3. PARTE C – Marcos epistemológico-metodológicos: desde algunas críticas a la producción de conocimiento hasta los caminos metodológicos elegidos..... | 61 |
| 3.1 La perspectiva construccionista..... | 62 |
| 3.2 Algunas críticas feministas a la producción de conocimientos..... | 64 |
| 3.3 Producción de sentido en las prácticas discursivas..... | 67 |
| 3.4 Caminos metodológicos de la investigación: instrumentos y momentos..... | 69 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4.1 Etapas y aplicación de instrumentos..... | 72 |
| 3.4.2 El análisis..... | 75 |
| 4. PARTE D – Los sentidos producidos respecto a los hombres, las masculinidades y la reducción de daños en las políticas públicas de sanidad dirigidas a las personas que consumen drogas..... | 81 |
| 4.1 Los sentidos producidos sobre los hombres y las masculinidades..... | 82 |
| 4.1.1 Sanidad y Asistencia Social no son áreas de hombre..... | 82 |
| 4.1.2 El sistema fragilidad-fuerza y sus matices..... | 91 |
| 4.1.2.1 Posiciones de sujeto en el sistema fragilidad-fuerza.... | 92 |
| 4.1.2.2 Hombres reductores de daños: los híbridos en las actualizaciones del sistema fragilidad/fuerza..... | 103 |
| 4.1.3 Otros ejes de diferenciación además del género..... | 107 |
| 4.1.3.1 La precariedad de la vida y las fragilidades socioeconómicas..... | 107 |
| 4.1.3.2. La legitimidad de la intervención: la posición de interventor/a y la de intervenidos/as..... | 112 |
| 4.1.3 Autoridad e imposición de límites: atributos masculinos necesarios en la atención sanitaria a las personas que consumen drogas..... | 114 |
| 4.1.4 La exacerbación de la masculinidad y de la sexualidad femenina..... | 116 |
| 4.1.5 La domesticación de los hombres que consumen drogas: ¿una tarea para la Sanidad?..... | 120 |
| 4.1.6 Masculinidad no es una cuestión de género: género es un concepto con atributos femeninos y se refiere a lo femenino..... | 123 |

| | |
|--|-----|
| 4.2 Género, riesgo y reducción de daños en las políticas públicas y en las intervenciones sanitarias en el campo del consumo de drogas..... | 129 |
| 4.2.1 La RD es definida por lo que se hace, por quién lo hace, dónde y para quién se hace | 129 |
| 4.2.2 La RD se define por un conjunto de dificultades..... | 134 |
| 4.2.3 La RD es definida como un proyecto en construcción..... | 137 |
| 4.2.4 La RD es definida como un modelo de atención y un modo de cuidar..... | 139 |
| 4.2.5 La RD es eminentemente política y emancipadora..... | 142 |
| 4.2.6 La RD como una política en disputa..... | 143 |
| 4.2.6.1 ¿Quién opera la política? Conflictos entre gobierno y sociedad civil..... | 144 |
| 4.2.6.2 ¿Quién es responsable de la política? El sector de Sida/VIH <i>versus</i> la sanidad mental..... | 148 |
| 4.4.6.3 Ejemplificando las disputas políticas: el caso de la construcción del Plan Integrado de Reducción de Daños para el Sistema Único Sanitario de Brasil..... | 151 |
| 4.4.6.3.1 El contexto de construcción del Plan Integrado: registros cronológicos y producciones discursivas en el contexto de los documentos de políticas públicas analizados..... | 151 |
| 4.4.6.3.2 El proceso de construcción del Plan Integrado: producciones discursivas en el contexto de la entrevista..... | 153 |
| 4.4.6.3.3 Otras producciones discursivas y contextos relativos al proceso de construcción del Plan Integrado | 155 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.7 Lo que se espera como resultado de las acciones basadas en la RD..... | 156 |
| 5. PARTE E - Consideraciones finales..... | 165 |
| 5.1 Hacia un modo generizado de comprender-actuar en la sanidad mental en el contexto de atención a los hombres que tienen problemas con el consumo de drogas..... | 165 |
| 5.1.1 Más allá del binarismo y de la transversalidad de género: hacia una perspectiva de género como elemento estructurante de las relaciones de poder entre personas y a nivel de las instituciones sanitarias..... | 174 |
| 5.5.2 Reafirmar la necesidad de un proyecto de <i>transformación social</i> que se expresa también a nivel de la Sanidad no significa aceptar sin críticas la incorporación de las perspectivas de género y de RD como sinónimo de emancipación: utilizando y tensionando la idea de <i>transformación</i> | 179 |
| REFERENCIAS..... | 187 |
| ANEXOS..... | 201 |
| Anexo 1 - Términos de Consentimiento Libre y Aclarado..... | 203 |
| Anexo 2 - Listado de códigos y caracterización de las personas entrevistadas..... | 207 |
| Anexo 3 - Listado de códigos y naturaleza de los documentos..... | 209 |
| Anexo 4 - Listado de códigos y composición de los grupos de discusión..... | 211 |
| Anexo 5 – Guión de Entrevista..... | 213 |
| Anexo 6 – Guión de Grupo de Discusión..... | 215 |

1. PARTE A - Contexto inicial

Aunque la atención a los hombres en la Sanidad no sea un tema nuevo, al nivel de las políticas públicas de Brasil los hombres sólo pasan a ser “nombrados” en dichas políticas en los últimos años, especialmente con la creación de Política Brasileña de Atención Integral a la Sanidad de los Hombres – PNAISH (Brasil, 2009).

Sin embargo, es cierto que a lo largo del último siglo los/las profesionales sanitarios se han dado cuenta de las especificidades de género de los hombres al ponerlos como “especialmente peligrosos (y en peligro) desde el punto de vista de la sanidad pública” (Carrara *et. al.*, 2009, p.660), lo que ha generado: 1) campañas sanitarias relacionadas al consumo de alcohol/drogas y de control del Sida y de otras enfermedades de transmisión sexual; 2) procesos variados de “higienización” de los espacios de sociabilidad predominantemente masculinos, como los bares y casas de prostitución; 3) la creación en Brasil de la *andrología*, la “ciencia de los problemas sexuales masculinos”, en década de 1930. Asimismo, ningunos de estos procesos/movimientos han resultado en la formulación de políticas públicas específicas, anteriormente a la PNAISH (Carrara *et. al.*, 2009).

La relación entre masculinidades y consumo de alcohol y otras drogas tampoco es novedosa. Sin embargo, los hombres siguen en una *posición no marcada de sujeto*¹ en el contexto sanitario relacionado con las drogas, aunque el discurso científico señale el consumo de drogas entre hombres como parte de los procesos de socialización masculina (Nascimento, 1999; Acioli, 2001; Franch, 2004; Moraes, 2008), y que el discurso de la Sanidad ponga de manifiesto que los hombres son la mayoría en los servicios sanitarios de atención a las personas con problemas generados por el consumo de alcohol y otras drogas. Este “juego de poder” no resulta sencillo y acaba teniendo una relación directa con la identificación/auto-identificación de las vulnerabilidades y fragilidades masculinas que ponen bajo amenaza la posición superior de los hombres en la jerarquía de género.

Sin embargo, si en general no se aplica una perspectiva de género para pensar/intervenir respecto a los hombres en la Sanidad, tampoco el género es tomado

¹ Como discutiremos posteriormente, utilizamos la expresión *posición no marcada de sujeto* para nos referir al que se nos presenta como una cierta “invisibilidad” de los hombres en el contexto de la Sanidad. La posición no marcada de sujeto que se les ha constituido a los hombres en los servicios de sanidad puede que no resulte de la ausencia de los mismos en el cotidiano de dichos servicios, sino mas bien de un juego de poder que pasa por la identificación y auto-identificación de sus vulnerabilidades, por ellos y por los/las profesionales de salud, que queda manifiesto en sus prácticas discursivas (Moraes, 2005).

como una forma de hablar de los sistemas de relaciones sociales o sexuales, como estructurante de las relaciones de poder también al nivel de las políticas y de las intervenciones sanitarias.

En este sentido, la motivación inicial para la realización de nuestro trabajo estaba justificada por cuestiones muy sencillas, predominantemente empíricas, con las cuales nos hemos confrontado a lo largo de la experiencia profesional y de la actuación política en movimientos sociales en el campo de las políticas sanitarias, a saber, la utilización del género como sinónimo de mujer o en sustitución de sexo, la no identificación de las situaciones de vulnerabilidad de los hombres y la utilización banalizada y despolitizada en la incorporación del concepto de género en las políticas públicas, como vamos a detallar en el próximo apartado.

A lo largo del estudio hemos encontrado muchas otras buenas justificaciones para la realización de nuestra investigación, de ellas, destacamos la importancia de tomar una perspectiva feminista de género (Cabruja, 2008; Medrado y Lyra, 2009), que entienda el género como estructurante de las relaciones de poder, para mirar/intervenir hacia la Sanidad, de modo de mantener la crítica política a las desigualdades y señalar los proyectos de transformación de sociedad. Una perspectiva de género que nos sirva también como una herramienta para pensar los efectos del género en las relaciones sociales e institucionales al nivel de la Sanidad, visibilizando la naturaleza de estas complejas interrelaciones y cómo tiene lugar el cambio.

Por otra parte, nos encontramos con otro importante tema relacionado con cómo las intervenciones sanitarias utilizadas en el campo de atención están pautadas en una *racionalidad de riesgo* (Spink, 2000) que pone a la persona como responsable del control de los riesgos a la salud y de evitar lo que se elige como riesgo o daño a la salud. En este sentido, el estilo de vida como forma de autocontrol y autogestión se presenta normalmente relacionado con la idea de que la persona tiene control sobre su salud, poder sobre sus elecciones y sobre la toma de decisiones en este campo (Menegon, 2003), que en el caso de los usos de drogas acaba generando movimientos aún más claros de culpabilización de los hombres que tiene problemas con las drogas.

Dicho de otro modo, los efectos del discurso de adopción de estilos de vida saludables a veces se convierte en discriminación moralista hacia los que no los adoptan (Spink, 2010) y, en este sentido, las estrategias sanitarias basadas en la

multiplicidad de posiciones de sujeto, como las basadas en la perspectiva de la Reducción de Daños (RD)², resultan muy pertinentes en escenarios sanitarios múltiples y complejos en los que se encuadran en los estilos de vida llamados “arriesgados” como el consumo de drogas, en el caso de Brasil, llevados al extremo por la ilegalidad del consumo de algunas drogas, generadora de violencia y muerte relacionada al narcotráfico, que afecta sobremedida los hombres, jóvenes, negros y pobres.

Quizás en nuestro campo de trabajo también sea posible aplicar la triste reflexión hecha por Butler (2006), de que “seguimos viviendo en un mundo en el que se corren graves riesgos de marginación y violencia física a causa del placer que se persigue, la fantasía que se encarna, el género que uno performa” (p. 302).

Afectada por dichas ideas, por mi trayectoria de aproximaciones y alejamientos a temas investigativos conflictivos y desafiantes en el campo de la Psicología Social, dibuje y caminé por las sinuosas calles de la realización de la tesis. Un camino muy solitario en algunos momentos, lleno de voces y presencias en otros.

Así, tomo la “palabra” en primera persona, para referirme a mi posición de investigadora, marcada y particular, relacionada a: 1) mi participación en movimientos sociales de lucha por el derecho a la atención sanitaria pública y por cambios en las políticas sobre drogas (especialmente el Movimiento de Reducción de Daños); 2) mi experiencia político-práctica en la organización feminista Instituto PAPAI, de donde se generan importantes reflexiones colectivas y acción política en el campo de las políticas públicas dirigidas a los hombres; 3) la opción por intentar un diálogo entre la Psicología Social y la Salud Colectiva, originado en la realización del Máster en Salud Colectiva realizado en Brasil y en las investigaciones sobre políticas públicas de salud mental que he llevado a cabo (especialmente alcohol y otras drogas); 4) la opción por hablar desde una perspectiva constructivista de producir conocimiento y los intentos de poner en diálogo algunos de los proyectos epistemológicos feminista y la psicología constructivista (especialmente el antiesencialismo y la capacidad transformadora de la teoría social, como abordaremos en el apartado C), como un modo de potencializar las críticas a las formas de producción científica y la intencionalidad de contribuir a la

² Como discutiremos en el apartado B, por políticas públicas de RD entendemos las políticas sanitarias relacionadas con los usos de drogas que comprendan un enfoque y un conjunto de estrategias asociadas que contemplen la utilización de metodologías cualitativas y dialógicas, tanto para comprender, como para intervenir en problemas relacionados con el consumo de dichas sustancias (Romaní, 2008), buscando favorecer que los usos de drogas legales o ilegales ocasionen el mínimo de daños posible a la sociedad y a las personas (Grup Igia, 2000). En Brasil, la RD es una “política oficial” del Ministerio de la Sanidad para atender a la complejidad de los consumos de drogas.

transformación social desde la producción de conocimiento; 5) finalmente y no menos importante, relacionada al ser mujer brasileña, originaria de un país latinoamericano, no hispanohablante, que viene a España buscar “legitimidad” para una producción académica y un debate político aún considerado marginal y poco desarrollado en la academia brasileña (aquí hago referencia a los estudios sobre género y reducción de daños en el campo de la psicología de forma amplia, pero también a las *interfaces* entre masculinidades, usos de drogas y políticas públicas de sanidad).

Tomando una de las enseñanzas de la perspectiva de *Producción de sentido en las prácticas discursivas* que utilizamos en nuestro estudio, podemos decir que el *sentido* es una construcción social, colectiva e interactiva, histórica y culturalmente ubicada, por lo que las personas construyen los términos que necesitan para comprender y actuar en las situaciones en las que se colocan cotidianamente. En este sentido, solamente es posible comprender los sentidos desde el análisis del contexto amplio de las preguntas, respuestas e intervenciones de la investigadora (Spink, 1999).

En dicha dirección, pasamos a la explicitación de nuestros objetivos de investigación:

1.1. Objetivo general

El objetivo de general de nuestro trabajo ha sido analizar, desde una perspectiva de género, los sentidos producidos sobre los hombres y las masculinidades en las políticas públicas de sanidad en Brasil, dirigidas a las personas que consumen alcohol y otras drogas, con enfoque en la reducción de daños, con vistas al desarrollo de sugerencias hacia un modo generizado de comprender y actuar en el contexto de la sanidad mental.

1.2 Objetivos específicos

Nuestros objetivos específicos pueden ser resumidos en:

1.2.1 Comprender las implicaciones de los sentidos producidos sobre hombres y masculinidades en las Políticas Públicas de la Sanidad del Ministerio de la Sanidad de Brasil, para la definición de las intervenciones sanitarias dirigidas a las personas que consumen alcohol y otras drogas;

1.2.2 Poner en discusión los usos de los conceptos de “género”, riesgo y reducción de daños en las referidas políticas públicas y en la definición de intervenciones sanitarias en el campo del uso de drogas;

1.2.3. Desarrollar un conjunto de sugerencias para comprender y actuar de modo *generizado* al nivel de las intervenciones sanitarias en el campo de atención a la sanidad mental de personas que consumen drogas.

1.3 Recorrido del texto

La forma que hemos dado al texto de la tesis contempla otros cuatro apartados (además del A de presentación). Abajo detallamos cada uno de los elementos:

- la Parte B, político-conceptual, intitulada *Género y riesgo en las políticas de sanidad*, está subdividido en cuatro bloques donde hemos realizado un recorrido por la utilización del enfoque de género en las políticas sanitarias y detallado el concepto de género como estructurante de las relaciones de poder, que hemos tomado para guiar nuestra investigación (Scott, 1990). Destacaremos algunas cuestiones político-temáticas del campo empírico y de producción de conocimiento concerniente a los hombres y las masculinidades, sometidos al concepto de género (Connell, 1995; Figueroa-Perea, 2004; Connell *et al*, 2005; Gomes *et al*. 2007; Medrado y Lyra, 2009; Carrara *et. al.*, 2009). Asimismo, hemos hecho un breve recogido de las distintas tradiciones y conceptos relacionados con el riesgo (Castel, 1991, Beck, 1993-2000; Giddens, 1997-1998; Rose, 2001) y reafirmamos nuestra opción por las aportaciones del campo de estudios sobre *lenguaje del riesgo* y sus implicaciones en los discursos del campo de la sanidad (Spink, 2001; Spink y Menegon, 2006). Finalmente discutimos y explicitamos el campo de reducción de daños como política pública de sanidad, en sus relaciones con el movimiento social, las contradicciones relacionadas con su implementación en Brasil y algunas razones por las que el tema de género y el lenguaje del riesgo resultan indispensables en este campo de políticas.

- Parte C, intitulada *Marcos epistemológico-metodológicos: desde algunas críticas a la producción de conocimiento hasta los caminos metodológicos elegidos*, en el que hemos situado la perspectiva discursiva que utilizamos, basada y orientada por las contribuciones construccionistas a la Psicología Social, por la noción de discurso como práctica social y por el giro lingüístico (Ibáñez, 1979 y 1994; Iñiguez, 2006; Rorty, 1967). Discutimos las aproximaciones de la orientación construccionista a algunos de los proyectos epistemológicos feministas en relación con las críticas a la

producción de conocimientos; detallamos la perspectiva teórico-metodológica de la producción de sentido en las prácticas discursivas y la noción de repertorios lingüísticos que hemos utilizado (Spink, 1999; Spink y Frezza, 1999; Spink y Medrado, 1999). Finalmente explicitamos los caminos metodológicos de la investigación, incluyendo los instrumentos, fases del estudio y herramientas analíticas, donde hemos explicado las dos etapas de realización del “campo” y el proceso de análisis de las producciones discursivas encontradas en textos oficiales de políticas públicas, y desde la participación de gestores/as y profesionales en las entrevistas y grupos de discusión que hemos realizado;

- en la Parte D, que hemos dado el título de *Los sentidos producidos respecto a los hombres, las masculinidades y la reducción de daños en las políticas públicas de sanidad dirigidas a las personas que consumen drogas*, donde presentamos los resultados del estudio, divididos en dos sub-apartados referentes a producciones discursivas respecto de los sentidos producidos sobre los hombres y las masculinidades y a los sentidos producidos sobre reducción de daños, donde hemos articulado los ejes y sub-ejes analíticos que juzgamos más expresivos. Destacamos, por un lado, la rigidez en la percepción de gran parte de los sentidos producidos sobre los hombres y las mujeres, lo masculino y lo femenino, presentada como muy polarizada y jerarquizada; y por otro lado, que encontramos muchas referencias a la RD en cadenas de sentidos relacionadas con la concepción de la RD como proyecto, que remite a la idea de conocimiento en construcción, de algo que aún no es pero intenta ser, como un conjunto de saberes y prácticas que está en ampliación y maduración;

- Finalmente, en la Parte E de *Consideraciones Finales*, presentamos las articulaciones posibles entre los sentidos producidos sobre los hombres, las masculinidades y la reducción de daños en un ejercicio de pensar algunas contribuciones a la construcción de un modo generizado de comprender y actuar en el contexto de atención sanitaria a las personas que consumen alcohol y otras drogas. En este apartado, entre otras cosas, discutimos la necesidad de entender y rechazar la dicotomía fuerza-fragilidad que basa los sentidos producidos respecto a los hombres en los servicios sanitarios, como un modo de oponerse a la propia calidad fija y permanente de la oposición binaria de género.

Intercalados entre cada uno de los apartados del texto, hemos puesto unas producciones discursivas que llamamos de *Cambiantes*. Son pequeños textos poéticos y autobiográficos, escritos en castellano y en portugués, contruidos a lo largo de la

experiencia de realización del doctorado y relacionada a ella. Son breves ejercicios de subvertir a la formalidad del texto académico, de poner de manifiesto sentimientos, emociones y palabras al viento.

Los Cambiantes son un intento de performar el lenguaje de un modo distinto, de tensionar de algún modo la tendencia de la teoría en fijar, esquematizar, organizar, clasificar y estabilizar la fragmentación y la fluidez del pensamiento y de la existencia, como analiza Susan Friedman (1998).

Las provocaciones de Glória Anzaldúa (2000) en el artículo *Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do Terceiro Mundo*, también ha contribuido para la decisión de incluir los *Cambiantes* en el texto de la tesis. Ella encoraja a las mujeres del “Tercer Mundo” a subvertir las abstracciones, las reglas y la normalización del texto académico y “desnudarse”, a poner “las tripas en papel” y aventurarse a producir otros modos de escrita, modos diferentes del normalizado, blanco y colonizador³.

En resumen, destacamos que a lo largo del texto va a ser posible encontrar aportaciones, análisis y sugerencias que tomamos como pertinentes en el campo de atención sanitaria a las personas que consumen drogas en Brasil, orientadas por la necesidad de reconstrucción y desnaturalización del modo fijo y unívoco en el que son construidos los sujetos de las políticas públicas y las intervenciones sanitarias.

Por lo tanto, tratamos de destacar la dimensión dinámica, de movilidad, abierta, porosa y múltiple de los variados modos posibles de intervenir, utilizando la potencialidad de la perspectiva de género como estructurante de las relaciones de poder para resignificar el propio contexto de atención sanitaria.

Finalmente, agradecemos a todas las personas que han participado del estudio y que han prestado sus “producciones discursivas” a nuestros análisis y esperamos que nuestro texto pueda producir diálogos, prácticas compartidas, que motive a la realización de otras producciones relacionadas al tema y que sea entendido como una producción localizada y fragmentada, que no se pretende *acabada* sino un *punto de partida* para otros procesos de investigación y acción.

³ En esta dirección, Anzaldúa nos invita a transformar en palabras escritas la diferencia y el exilio de no ser considerada “normal” (porque el normal es ser blanco y colonizador), de percibirse extranjera dentro de nosotros mismas (y en mi caso, también afuera de mí por vivir y estudiar en otro país), como un modo de buscar este yo que ha sido puesto como 'otro'.

Cambiantes

Palabras castellanas

*¿Otra vez la crisis de las palabras? ¡No, ahora no puedo!
No puedo emerger del texto seco y formal
La tesis me necesita, y yo a ella*

*Vaya tierra que amo y odio
Barcelona colorido-junio-calor y gris-noviembre-frío
¿Cómo puede engancharme con tu cielo-azul-increíble?
A mí y a toda aquella gente que un día ha pasado por aquí
A ellos y ellas que aún no han pasado, pero van a venir*

*¡Qué la lengua castellana me sirva de escondite!
Que me llene también de emoción, del brillo que necesito para el texto oscurecido
¡Vaya lengua que no es mía! Hace de mí parte de ti
Me ofrece tus encantos, tu movimiento
Sálvame de las tinieblas de no sentirte en mis tripas
A por ellos, a por nosotros, a por mí*

*¡Vaya palabras aún desconocidas!
Llena mi corazón de tu sonido encantador
Canta tu dolor y tus virtudes en flamenco para mis oídos
Pon rojo en mi sangre y llena mi alma
Pinta tus colores y trazos de tus maestros en mis sencillas obras
Pon sentido donde no tengo ganas de encontrarlo*

*Tengo hambre de ti pero no se cómo comerte
La paella de tu cultura escrita no me entra aún que me apetezca
¡No tolero tus crustáceos: tengo alergias!
Unas patatas bravas, ¡por favor!
Unas cañas para emborracharme y poner movimiento en las cosas
Necesito que estés en mí, en mi corazón y alma*

*Que entres por la boca, por donde sales cuando hablo
Que entres por los ojos cuando te veo apasionada, por donde sales cuando lloro
Que entres por los oídos, por donde más te tengo conmigo
Que entres por mi piel, por el aire que respiro, ya que tras buscarte aprendí a sentir y respirar*

*Que yo te sienta (de sentir), te respire, te oiga, te vea y te coma
Que estés en mí. ¡Te necesito!*

2. PARTE B – Género y riesgo en las políticas de sanidad

2.1 Políticas públicas de sanidad desde el enfoque de género

La opción en este trabajo de abordar las políticas de sanidad sobre drogas desde una perspectiva de género inicialmente estaba justificada por cuestiones muy sencillas, predominantemente empíricas: 1) a la concepción de género normalmente se le atribuye el carácter de sinónimo de mujer, o en sustitución de sexo, no se habla desde una perspectiva relacional, ni se aplica generalmente a las discusiones/acciones respecto de los hombres (Scott, 1990; Butler, 1997; Aquino, 2006; Medrado y Lyra, 2009); 2) a los hombres se les ve como contrapunto o sujeto de responsabilidades, y raras veces se abordan los "costes de las masculinidades" (Medrado, 2002), lo que impone límites a la identificación de situaciones de vulnerabilidad de los hombres; 3) la utilización del concepto de género en las políticas públicas de sanidad se considera inadecuada, banalizada y despolitizada (Izquierdo, 1994; Medrado y Lyra, 2009; Matos, 2008; Aquino, 2006).

Una de las consecuencias de dichas concepciones, la que aquí subrayaremos, es que en la formulación de políticas públicas de sanidad dirigidas a la gente que usa alcohol y otras drogas, a los hombres se les ha otorgado una posición de sujeto no marcada, resultado de relaciones de fuerza que han dificultado la construcción de otros posibles en el contexto de la atención sanitaria (Moraes, 2008; López, 2006).

Aunque la política esté destinada mayoritariamente a los hombres, no por otra razón que el hecho de que se considera que ellos son la mayoría de consumidores de drogas problemáticos, los más involucrados en accidentes de tránsito bajo efecto de sustancias y los que acuden más a los servicios de sanidad de atención a las personas que consumen drogas. Las políticas no hacen referencias directas (o apenas lo hacen) ni a los hombres ni a los aspectos de la socialización masculina involucrados en estas relaciones con las drogas o con la atención sanitaria (Moraes, 2008).

Nuestro interés no consiste en centrarnos únicamente en la posición de sujeto no marcada de los hombres en las políticas públicas de sanidad sobre drogas o en los servicios sanitarios como resultados de dichas políticas, sino más bien ver los discursos sobre el género que hay y que definen los sujetos de la intervención como "hombres" bajo una mirada de género comprometida ética y políticamente con la genealogía de la epistemología y los movimientos feministas, cómo señala Cabruja (2008), o Medrado y Lyra (2009) al proponer una "perspectiva feminista de género".

Para discutir el tema utilizamos principalmente los aportes de Scott (1990), muy útiles para la construcción de una mirada de género comprometida con la comprensión de la complejidad de las causas sociales y con el enfoque feminista con un análisis que conduce al cambio.

Por otra parte, el enfoque de género como categoría útil de análisis está marcada por una búsqueda de historicidad y deconstrucción de los términos de la diferencia sexual, lo que nos pareció posible articular con la perspectiva teórico-metodológica de prácticas discursivas y producción de sentido (Spink y Frezza, 1999), de orientación construccionista, que propone un modo de dirigir la mirada hacia los fenómenos sociales, con vistas a la producción de una herramienta útil a la transformación del orden social, como vamos a detallar en la Parte C.

Desde esta perspectiva, los diferentes niveles del contexto social e interaccional necesarios para la utilización de la noción de repertorios lingüísticos, comprenden tres tiempos (el largo, el vivido y el breve), uno de ellos relacionado con la historia de las ideas (el tiempo largo). Hemos puesto en diálogo dichas construcciones que conciben el “pasado presentificado” en los tres tiempos de los repertorios lingüísticos (Spink, 1999), con lo que plantea Scott (1990) respecto a la necesidad de un análisis de género que comprenda no sólo la relación entre experiencia masculina y femenina en el pasado, sino también la conexión entre la historia pasada y la práctica histórica actual.

El concepto de género surge en 1965, a partir de la contribución expresiva de Stoller, en el trabajo que establece la diferencia entre sexo y género en estudios sobre niños y niñas con problemas anatómicos congénitos, educados en un sexo que no es correspondiente con el suyo (Pujal i Llombart, 2005).

En un primer momento, los estudios de género de manera amplia eran los estudios sobre las consecuencias sociales y familiares de ser hombre o mujer, sobre los significados atribuidos socialmente y culturalmente al hecho de ser uno u otra. Han permitido subrayar las cualidades fundamentalmente sociales de la diferencia sexual en detrimento de las biológicas (Pujal i Llombart, 2005).

Entre las feministas americanas, apareció como una cualidad social de las distinciones basadas en el sexo. Surge en un marco de rechazo al determinismo biológico implícito en términos como "sexo" o "diferencia sexual" e introduce una noción relacional. Género aparece aún como sinónimo de mujer para señalar la

seriedad académica de una obra, pero no conlleva una declaración necesaria de desigualdad o de poder. Ha sido más bien una faceta para la búsqueda de la legitimidad académica de las feministas en la década de los ochenta (Scott, 1990).

Butler (2006) va más allá cuando dice que el uso del término género se ha convertido en el emplazamiento para la lucha entre varios intereses, como una forma de desactivar la dimensión política del feminismo en los Estados Unidos, en una mera diferenciación discursiva de lo masculino y femenino, entendidos éstos como construcciones que se podrían estudiar desde fuera de un marco feminista o como autoproducciones o efectos culturales.

En los años noventa, el concepto de género propuesto por Scott sugiere la ampliación de la complejidad de la categoría. Surge de la identificación de problemas en los usos del concepto, de los cuales los principales son: 1) cuando el género se utiliza para referirse únicamente a las relaciones entre sexos resulta irrelevante para quien estudia política y poder; 2) la perpetuación de la idea de esferas apartadas (sexo o política, familia o nación, mujeres u hombres) aunque se defiendan las relaciones entre sexos desde una perspectiva social, nada dice acerca de por qué esas relaciones están construidas como lo están, cómo funcionan o cómo cambian, es decir, carece de capacidad analítica para enfrentar (y cambiar) los paradigmas históricos existentes (Scott, 1990).

Para Scott (1990), faltaba un modo de concebir la "realidad social" en términos de género. Por lo tanto, sería necesario el rechazo de la calidad fija y permanente de la oposición binaria, lograr historicidad, hacer deconstrucciones genuinas de los términos de la diferencia sexual y someter continuamente nuestras categorías a crítica y nuestros análisis, a la autocrítica.

La categoría de género, de acuerdo con Scott, se ha de concebir como analítica de las relaciones sociales entre los sexos y no meramente descriptiva, y debe tener como objetivo la eliminación del "biologicismo" del concepto de sexo y su sustitución por un concepto sociológico que haga referencia a aspectos socio-culturales en la construcción de la identidad sexual y de las funciones sociales asociadas al sexo (Pujal i Llombart, 2005).

En líneas generales, el concepto de género propuesto por Scott está compuesto por dos partes y varias subpartes, interrelacionadas y que requieren distintos análisis. *"El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales*

basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (pp. 289); es un campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder; facilita un modo de descodificar el significado y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana (Scott, 1990).

Género comprende, entonces, cuatro elementos constitutivos interrelacionados, pero ninguno opera sin los demás: los símbolos culturales, que evocan representaciones, múltiples y contradictorias (ej. Eva y María, santa-diabla, buena-mala, María-madre-cuidadora); los conceptos normativos, que son interpretaciones de los significados de los símbolos, conceptos que afirman lo masculino y lo femenino de forma binaria e inequívoca, a través de las doctrinas religiosas, educativas, científicas, políticas o jurídicas; una traducción del modelo binario hombre-mujer en el nivel de la economía, de la política, de las instituciones y organizaciones sociales, no sólo a través del parentesco; finalmente, la identidad subjetiva, las formas en que se construyen las identidades genéricas, cómo son actualizadas, por hombres y mujeres, sus identidades de género, que están relacionadas con actividades, organizaciones sociales y representaciones culturales (Scott, 1990).

Remite a Bourdieu para decir que los conceptos de género estructuran la percepción y la organización, concreta y simbólica, de toda la vida social (la función legitimadora del género). Así, los lenguajes conceptuales emplean la diferenciación para establecer significados y la diferencia sexual es una forma primaria de diferenciación significativa. Por lo tanto, el género facilita un modo de decodificar el significado y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana (Scott, 1990).

Asimismo, algunas críticas pertinentes al concepto de género van en la dirección de proponer la transversalidad de las categorías identitarias y un acercamiento a la categoría de género de una serie de efectos producidos en los cuerpos, en los comportamientos, en las relaciones sociales y en las maneras como las ‘tecnologías de género’ convocan diferencialmente a los sujetos (Román, 1994).

El concepto de *tecnología de género* (De Lauretis, 2000) ha sido propuesto como solución para algunos de los problemas relacionados con la definición del concepto de género y con su propia función. A partir de la tesis foucaultiana de “tecnologías del sexo”, supone que el género y la sexualidad no son manifestaciones naturales del sexo o la expresión de características específicas de los cuerpos

sexuados en masculino o femenino, sino que los cuerpos se van creando, en sus contextos culturales, por medio de los discursos institucionales, sistemas educativos, los medios de comunicación y por todas las prácticas que tienen la función de nombrar, definir, plasmar o representar la feminidad y la masculinidad, al tiempo en que la crean cuando la nombran, definen etc. (De Lauretis, 2000; Mayobre, 2006).

Para De Lauretis (2000), hay que hacer la crítica de todos los discursos concernientes al género y, por supuesto, también de aquellos producidos o promovidos como discursos feministas, ya que la mayoría de las teorías o cualesquiera otras producciones culturales están construidas sobre narrativas masculinas de género (De Lauretis, 2000).

Según Butler (2006), sexo también es género, construido socialmente a partir de la interacción, la organización y la división institucional de la vida social en roles distintos, en sistemas de significaciones culturales dominantes y en la trayectoria histórica de las mujeres en el tiempo. La identidad de género, por lo tanto, será la manera en que socialmente se significa el sexo biológico, justificando la afirmación de que primero existe el género y después el cuerpo sexual (Butler, 2006).

Género puede ser comprendido como una forma cultural de configurar el cuerpo, abierto a su continua reforma, en la que la anatomía y el sexo no existen sin un marco cultural, resultando razonable suponer que los términos para designar el género nunca se establecen de forma definitiva, sino que están siempre en el proceso de rehacerse (Butler, 2006).

Por otra parte, en el camino de argumentación que señala que la deconstrucción del género y su (re)construcción son inevitables, se plantea una pregunta: ¿en qué términos y en interés de quiénes se produce la de-re-construcción del género?, especialmente en el contexto del postfeminismo, en el cual se presenta la necesidad de la teoría feminista que continúe su crítica radical de los discursos dominantes de género, al tiempo que intentan eliminar por completo la diferencia sexual (De Lauretis, 2000).

En esta dirección, reafirmamos la importancia de una mirada feminista de género, lo que hemos utilizado en el estudio como una manera de sostener la utilización de dicha categoría que nos parece útil, sin cortar su vínculo con el feminismo, como ha planteado Cabruja (2008).

Uno de los problemas de este campo es que no hay en las teorías feministas un consenso sobre el significado de la perspectiva de género. Pero, por otra parte, quizás la necesidad de encontrar una versión única de género se pueda entender como un deseo de establecer una explicación dominante (Flax, 1991 citada en Arilha, 2005).

Sin embargo, como reflejo o causa de tantos intentos de apuntar problemas y proponer ampliaciones en la comprensión del concepto de género, y reconociendo que no hay consenso en lo que es el concepto, se han presenciado y discutido los usos y abusos del concepto de género.

Lo que pasa, y está muy claro para muchas autoras, es que algunos usos de la categoría género han cortado su vínculo con el feminismo y alargado su uso como variable, de forma despolitizada y fuera de una relación con una perspectiva de análisis y acción feminista (Cabruja, 2008).

Para Scott, el género se ha utilizado como descriptor de la identidad social y cultural de los hombres y las mujeres. Por lo tanto, el uso de este concepto ha sido utilizado de manera que reproduce la misma disimetría (Pujal i Llombart, 2005), como ya hemos señalado anteriormente.

La "incorporación" inadecuada del concepto de género en distintos campos también se enuncia, por supuesto, en políticas públicas, resultando en una banalización y despolitización del concepto (Izquierdo, 1994; Medrado y Lyra, 2009; Matos, 2008; Aquino, 2006), al igual que en otros campos de la producción de conocimiento y acción política.

En general, en las políticas públicas y en las producciones brasileñas sobre género y salud, el concepto de género se ha introducido tan sólo como una categoría empírica "políticamente correcta" que no hace más que sustituir al sexo, quitándole el sentido atribuido por las teorías feministas al término, dejando de explorar el género como "un principio de organización social" (Aquino, 2006).

Presentando los resultados de una larga investigación sobre lo que se está produciendo respecto a género y salud en Brasil, Aquino (2006) señala que el término no aparece en estudios anteriores, a excepción de los estudios muy recientes de evaluación en salud, en los que se ha introducido "género" como categoría analítica, y estos estudios todavía son prioritariamente sobre la salud de las mujeres.

En el contexto español, la cuestión va en la misma dirección. La vinculación del concepto de género con el área de conocimiento de la salud es reciente, más tardía que la misma vinculación con las ciencias sociales, con una evidente pérdida del marco conceptual feminista en una parte de estos estudios (Arias, 2006).

Parece que dichos estudios aún están orientados por el modelo binario masculino-femenino y privilegian muchas veces y de modo exclusivo, las experiencias de las mujeres. Por esto hay que hacer hincapié en la importancia de las contribuciones del feminismo que se han realizado poco a poco, resultando en usos “indiscriminados y despolitizados” del concepto de género. Para mediar este problema, autores como Medrado y Lyra (2009) proponen la utilización de una “perspectiva feminista de género” en las producciones teóricas y política, académicas o militantes, en el campo de la salud pública y colectiva.

Aunque pueda parecer redundante, proponer la utilización de una perspectiva feminista de género nos parece muy oportuno y estratégico en este momento de profundas críticas sobre los presuntos usos indebidos y despolitizados del concepto de género. Quizá también va en la dirección de lo que señala Cabruja cuando propone que sean rehechos los vínculos entre género y feminismo.

Para Cabruja (2008), es necesaria la incorporación de un análisis de género comprometido ética y políticamente con una genealogía de la epistemología y los movimientos feministas que dificulten olvidar el feminismo cuando se hable del género, para que “(...) *cuando el género entre por la puerta...del aula, del despacho, de casa o salga a la calle, el compromiso político con las relaciones de poder no salte por la ventana*” (p 43).

Lo que parece es que este proceso está todavía en curso y figura como una de las principales cuestiones en los trabajos feministas contemporáneos, asociado a lo que Margot Pujal i Llombart (2005) llama de “giro progresivo del género como categoría analítica y no como una categoría descriptiva de roles e identidades” (p 81). El “giro” ha mostrado la heterogeneidad de la categoría “mujer”, articulada en distintos contextos (de diversidad étnica, de clase, de edad, de orientación sexual etc.), con expresiva contribución de las investigadoras negras, latinas y del feminismo postcolonial de modo amplio.

En el campo de género y salud en Brasil, la transición paradigmática de los estudios sobre “salud de las mujeres” hacia los de “género y salud” también se

encuentra en curso. Dicho proceso resulta claro en las muchas producciones en las que se puede encontrar una superposición de conceptos, nociones y teorías mezclados con términos como *mujer*, *género*, *femenino* y *feminista*, los cuales aportan significados muy distintos (Aquino, 2006), pero muchas veces se utilizan como sinónimos.

Además de la influencia directa del feminismo en la academia, organizaciones como la Panamericana de Salud (OPS) también han contribuido a la “institucionalización” de la perspectiva de género en las investigaciones y políticas públicas de sanidad, lo que todavía no ocurre sin distorsiones conceptuales, resultando en una disminución del poder heurístico del concepto al reducirlo a la mera descripción de las diferencias entre hombres y mujeres o en sustitución de *sexo* (Aquino, 2006).

Mirando directamente a los textos de la OPS, encontramos la conceptualización de la cual habla Aquino: *“Abordar la salud desde una perspectiva de género, significa reconocer que más allá de las diferencias biológicas de sexo, existen distinciones de género socialmente construidas entre mujeres y hombres que afectan diferencialmente a la salud de unas y otros y su respectiva posición dentro del sistema de salud”* (1999:1).

Por otra parte, las discusiones sobre masculinidades y hombres empiezan a aparecer en textos de políticas públicas solamente en documentos recientes. El lugar del hombre, particularmente en el contexto doméstico, ha emergido en las agendas de las instituciones internacionales y nacionales que proponen e implementan políticas públicas, como una forma de promover la equidad de género. En las Conferencias de El Cairo y Beijing de 1994 y 1995⁴, el tema ganó más visibilidad, con el argumento de la necesidad de una mayor participación masculina en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos (Medrado y Lyra, 2008).

Sin embargo, en 2004, en el contexto de la Conferencia Internacional de la Mujer (“Beijing+10”), se puede observar que la preocupación por los hombres sigue con poca visibilidad (Arihã, 2005). Arihã menciona Olavarría (2004), destacando su sorpresa de no haber encontrado preocupaciones sobre los hombres en Cairo+10 y Beijing+10, ni en otros contextos promovidos por las Naciones Unidas.

⁴ IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en 1994, en El Cairo, y IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en 1995, en Beijing.

Desde los años 70, la complejidad del concepto de género deja clara la superposición de lógicas distintas, lo que, según Connell (1995), es un hecho de gran importancia para el análisis de las masculinidades.

Sin embargo, hay que señalar que la historia política y académica acerca de mujeres y de homosexuales, además del surgimiento de la epidemia del SIDA, ha influenciado directamente en la construcción social de las masculinidades como un campo complejo de significados, de forma amplia y en el plural, no sólo como una única categoría de género (Parker, 2002).

Una sistematización de las publicaciones sobre hombres y masculinidades entre 1995 y 2002, conocida como *Handbook of Studies on Men and Masculinities* (Connell et al, 2005), hace un recorrido por el desarrollo del campo de investigaciones sobre masculinidades. El “campo” está construido a partir de producciones que tienen los siguientes focos: la organización social de las masculinidades; la comprensión del modo como hombres entienden y expresan identidades de género; las masculinidades como expresión de la dimensión relacional de género; y el modo como las masculinidades son construidas en (y por) relaciones y dispositivos institucionales (Medrado y Lyra, 2009).

En dicho campo de producción de conocimiento, algunas concepciones de hombre buscan definir y encontrar buenos y malos, manteniendo las polaridades que dificultan una comprensión de las propuestas teóricas y políticas de las relaciones de género delimitadas por el feminismo (Figuroa-Perea, 2003; Medrado y Lyra, 2009).

Lo que todavía hay que tener en cuenta es que distintos autores que trabajan con las poblaciones masculinas (Lerner, 1998; Valdés y Olavarria, 1998; Viveros, 2001; Figuroa-Perea, 2003; Gutmann, 2003; Barker, 2008) han enfatizado la heterogeneidad en las formas de vivir las masculinidades, aunque algunos se han dedicado a trabajar con contextos en que habían elementos comunes (juventud y raza/etnia), a los que se suman por condiciones de desigualdad de clase (Barker, 2008).

Nos interesan estos discursos sobre los hombres y las masculinidades en la producción de conocimiento del área especialmente porque forman parte del *tiempo largo* (Spink, 1990) de los repertorios interpretativos con los cuales estamos trabajando, es decir, los *contenidos* que son elementos constitutivos de las prácticas discursivas

respecto a los hombres y las masculinidades en las políticas públicas de atención sanitaria a las personas que consumen drogas.

Además, la importancia de ubicar tal discusión bajo la mirada de género y del feminismo, para algunas autoras (Esteban, 2006; Navarro-Swain, 2007; Carrara *et. al.*, 2009), reside en el simple hecho de que el tratamiento social de los problemas de salud de los hombres no sería más que la otra cara del discurso médico-científico que también define todavía los cuerpos femeninos como deficientes (Esteban, 2006, p 15), perpetrando la idea del “sexo frágil” que construye a las mujeres como naturalmente más débiles que los hombres, condenándolas a la permanencia de sus cuerpos, “débiles y deficientes” (Navarro-Swain, 2007).

Sin embargo, la contradicción del campo de atención a la salud de los hombres en concreto, reside justo en este punto: las prácticas de riesgo asumidas por algunos de ellos, en oposición a los “hábitos de vida saludables”, se consideran que están relacionadas con unas masculinidades que utilizan el cuerpo y la genitalidad como expresión de virilidad y hombría, las mismas construcciones discursivas que relacionan a los hombres con el poder y el prestigio, en grados y formas variables de acuerdo con su clase social, etnia, etc.

No nos proponemos adentrar aquí en los estudios sobre masculinidades, sino más bien señalar cómo éstas son consideradas una expresión de la dimensión relacional de género. Nos interesa, por lo tanto, señalar algunos discursos sobre el género que existen y que definen a los sujetos de dichas intervenciones sanitarias como *hombres* (o *mujeres*), generados por la dicotomía de género que construye una oposición entre ambos géneros en la intervención.

Tenemos en cuenta también otras contribuciones pertinentes que proponen una ruptura con la noción estática de identidad de género, y que la entienden más bien como un efecto de un conjunto de normas y prácticas que regulan las identidades femeninas y masculinas, que a la vez no son ni uniformes, ni estables, en permanente proceso de construcción y resignificación (Butler, 1990).

Pensando en la identidad como encarnada, expresada en el cuerpo (de hombres o mujeres) y en las experiencias corporales, performáticas, miraremos hacia las construcciones de género que se dan en el espacio de intervención sanitaria. En este sentido, recobrando nuestro foco en el lenguaje en acción, podemos decir que la persona que hace algo se construye en y a través de su hacer/acto. Nos interesa, por

lo tanto, dicha constitución discursivamente variable de cada uno (de la persona que hace y el acto) en y a través del otro (Butler, 1995; Briones, 2007).

Trabajar con cuerpos concretos de hombres (en estos casos los que acuden a los servicios de salud y/o para los cuales las políticas sanitarias están dirigidas) no significa polarizar la discusión de género o utilizarlo como sinónimo de mujer, sino más bien comprender que las construcciones de género están ahí, manifiestas, construidas y actualizadas en cuerpos y actuaciones.

Todavía está claro que aplicar la perspectiva de género en la sanidad es más de lo que señala la OPS o de lo que plantean algunas autoras dedicadas a los estudios en este campo (como Blázquez Rodríguez, 2009). El género es una categoría que permite explicar y comprender las diferencias entre hombres y mujeres, cómo dichas diferencias influyen en los procesos de salud-enfermedad y cómo orientan la atención sanitaria.

Aplicar el género a la sanidad no es solamente utilizarlo para decir que el consumo de drogas tienen impactos distintos en hombres y mujeres, que hay patrones diferenciados de consumo en función del sexo, o en la prevalencia de estos consumos entre hombres y mujeres, aspectos que según algunas autoras, sirven para justificar la “transversalidad de género en el diseño y desarrollo de políticas publicas sobre drogas”, tal como se señala en Fernández Rodríguez & Saavedra (2009, p. 23) u otros.

Desde la perspectiva que tomamos en nuestro trabajo, incorporar una perspectiva de género en la salud, en el contexto de los procesos que rotulamos como “problemas sanitarios” relacionados con el consumo de drogas, ayuda a conocer las maneras en las que los géneros son producidos en los discursos y en las prácticas de intervención.

Pero, si buscamos en la literatura, no es fácil encontrar discursos científicos respecto a nuestro tema de trabajo que estén orientados por lo que acabamos de decir. En una búsqueda bibliográfica realizada en distintas bases de datos⁵, encontramos un artículo que trata de las relaciones entre hombres y servicios de sanidad, pero tampoco avanza más allá de meras descripciones cuyo foco es señalar, por ejemplo, que son las mujeres las que llevan a los hombres a los servicios

⁵ Hemos realizado la búsqueda en las bases PUBMAD, SciELO y LILACS, utilizando inicialmente las parejas de palabras género+drogas, género+drogas y drugs+gender (español, portugués e inglés), después los filtros de busca género+drogas+salud y género+drogas+salud+hombres, en los tres idiomas.

sanitarios para la atención a los problemas con drogas y que ellas se sienten más capaces de hablar con un médico que ellos (McDonald, 1994).

También encontramos artículos que hacen una crítica a la forma como se ha utilizado el género en los estudios relacionados con drogas:

(...) conforme vamos avanzando en la inclusión de la perspectiva de género, tendemos a cuestionar trabajos que de manera simplista han tratado de abordar este objeto de estudio diferenciando entre sexos. En este mismo sentido, algunas autoras han señalado cómo los enfoques biomédicos, centrados en la aproximación epidemiológica en la que el sexo es una variable más, ignoran la forma en la que las realidades sociales del género, como opuestas al simple sexo biológico, se manifiestan en los cuerpos de las mujeres a través de la creación de lo que un antropólogo de la medicina ha llamado de manera poética «lesiones de la vida». (...) Aplicar la perspectiva de género al ámbito de los estudios sobre el consumo de drogas supone cuestionar los modelos epidemiológicos basados en las diferencias de sexo y atender a la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas sustancias psicoactivas (Romo, 2006, p. 71).

Sin embargo, en esta misma publicación y en otras de la autora respecto al tema, tampoco se propone algo que vaya más allá de la descripción de patrones de consumo de drogas, señalando las diferencias entre hombres y mujeres en la exposición a factores de riesgo relacionados con las drogas, tipos de drogas consumidas, aspectos relacionados con la iniciación y continuidad del consumo, consecuencias “sociales y morales” del consumo de drogas para las mujeres o cosas parecidas. Y concluye:

(...) sería importante dejar de considerar los análisis de género como un «aspecto marginal» o «cosa de mujeres» y pasar a entenderlos también como un aspecto fundamental de la comprensión de los comportamientos de los varones: varones y mujeres que consumen sustancias psicoactivas que repercuten en sus tipos de consumo y en las consecuencias para su salud (Romo, 2006, p. 81).

Gran parte de los discursos científicos que hemos encontrado respecto a género y consumo de drogas estaban marcados por el binarismo de género y por la descripción de roles e identidades. El énfasis de dichos discursos está en diferenciar lo que es natural de lo que es cultural, reafirmando su función regulatoria y productora de cuerpos de hombres y mujeres como complementarios y diferentes, construyendo jerarquías y desigualdad (Butler, 1995; Pujal i Llombart, 2005).

De todos modos, nos interesa tener en cuenta el rol asumido por el binarismo de género en la producción de sentidos respecto a los hombres y las masculinidades en las políticas públicas de sanidad, expresadas en las prácticas discursivas

analizadas en nuestra investigación, para pensar caminos para superar dicha cadena de sentidos cristalizados y fijos, al nivel de las intervenciones sanitarias.

2.2 Hombres y masculinidades en la sanidad

Continuando nuestras aproximaciones respecto a los discursos producidos en la literatura sobre el género en la salud, destacaremos algunas cuestiones político-temáticas del campo empírico y de producción de conocimiento concerniente a los hombres y las masculinidades, sometidos al concepto de género y desarrollado en este contexto, como han planteado distintos autores (Connell, 1995; Figueroa-Perea, 2004; Connell *et al*, 2005; Gomes et al. 2007; Medrado y Lyra, 2009; Carrara *et. al.*, 2009).

Diferentes autores que trabajan con las poblaciones masculinas (Lerner, 1998; Valdés y Olavarria, 1998; Viveros, 2001; Figueroa-Perea, 2003; Gutmann, 2003; Barker, 2008) han enfatizado la heterogeneidad en las formas de vivir las masculinidades, aunque algunos se han dedicado a trabajar con contextos en que habían elementos comunes (juventud y raza/etnia), completados por condiciones de desigualdad de clase (Barker, 2008).

Parece claro para los autores que no existe un único modo de ser hombre. Lo que existe y debe ser considerado es un conjunto de manera de vivir las masculinidades entre los hombres, influenciadas, entre otras cosas, por los cambios generados por los movimientos de mujeres, feminista y otros fenómenos culturales. Sin embargo, las construcciones del “ser hombre” son narradas por varios autores como relacionadas con una oposición de género en la que el femenino y todo lo relacionado con él es alejado, por el miedo de que se niegue su virilidad. Asimismo, la negación de la dulzura, de la subordinación, de la sumisión y de otros atributos femeninos, se añaden a la dificultad de expresar sentimientos, a la sobrevaloración del pene y de la violencia como elementos importantes en la construcción del “ser hombre” (Gomes et al. 2007; Quirino, 2012).

Para estos autores (Gomes et al. 2007; Quirino, 2012), tales construcciones sociales de las masculinidades se han reflejado en la salud de los hombres por dificultar la incorporación de prácticas de auto-cuidado, puesto que se les atribuye valores de invulnerabilidad y fuerza. La búsqueda de un servicio de sanidad se considera algo que aproxima a los hombres de las ideas de debilidad y miedo,

atributos relacionados con lo femenino que, por lo tanto, no forman parte de las masculinidades socialmente construidas.

Son pocos los estudios que tienen como preocupación las desigualdades entre los hombres sin una perspectiva persecutoria o acusatoria de comportamientos o actitudes masculinas. A la luz de lo que propone el feminismo, algunas autoras señalan que hace falta una transformación que problematice también la opresión de los hombres por varios sistemas jerárquicos, la sumisión, el impacto de la economía y del militarismo (Arihã, 2005; Corrêa, 2002).

El concepto de género aplicado solamente a las mujeres en la esfera pública y a los hombres en la esfera privada, genera retos para la adopción de una mirada hacia los hombres desde el otro lado, que no sea el de la explotación y de la dominación. Pero las acciones fragmentadas en el mundo productivo y reproductivo no son suficientes para buscar una transformación global de género y, por lo tanto, es necesario mirar a los hombres de una forma no culpabilizante, que intente comprender los costes de estas masculinidades, mostrando que sus vivencias no siempre ponen a los hombres en situación de privilegios, sino que también los exponen a situaciones de vulnerabilidad y fragilidad (Arihã, 2005; Medrado, 2003).

En las producciones de conocimiento sobre los hombres y la salud encontramos un conjunto de publicaciones que relacionan un “modelo de masculinidad” con los procesos de enfermedad y muerte, del que los hombres serían “víctimas”. Dicho modelo incita al riesgo, a la violencia, al descuido o al abuso de capacidades corporales, reforzando las estadísticas que señalan las causas externas como las principales razones de muerte de la población de hombres, especialmente negros y jóvenes (Figueroa, 2002; De Keijzer 1995; Arihã, 2005; Moraes, 2008a).

En esta dirección, otra reciente publicación en el campo de las políticas públicas de sanidad reflexiona respecto a la medicalización de los cuerpos masculinos. Desde de un análisis de la también reciente Política Brasileña de Atención Integral a la Sanidad de los Hombres – PNAISH (Brasil, 2009), Carrara y sus colaboradoras (Carrara *et. al.*, 2009) señalan la paradoja de la transformación de los hombres en sujetos protagonistas de sus demandas sanitarias, que implicaría asumir sus vulnerabilidades y reconocer algunas masculinidades como insalubres, de las que los hombres son vistos como víctimas, objetivando una ruptura con las resistencias masculinas a la medicina y a la medicalización.

Van aún más allá y dicen que para formular una política pública que parezca reivindicada por los sujetos objeto de ésta, se ha forjado un texto en el que se ha desmembrado la categoría “hombre” en unas cuantas subcategorías históricamente marginalizadas (indígenas, negros, gays, travestis, portadores de deficiencias, trabajadores rurales etc.), ya que parece que no tiene sentido la identidad de “hombre” pura y simple, sin adjetivos, que deba fortalecerse políticamente en lo que se refiere al protagonismo sanitario, tal como se ha hecho en el caso de las mujeres. Desde esta perspectiva, la politización y sensibilización de los hombres para la identificación de sus demandas en la sanidad tiene por objetivo final hacerlos conscientes de sus vulnerabilidades, para posteriormente medicalizarlos.

De cierta manera, Carrara (Carrara *et. al.*, 2009) contesta y añade otras reflexiones a algunas de las preguntas y provocaciones de Figueroa (2000) y Medrado (2003) cuando afirmaban la manera reduccionista en la que son vistos los hombres en el escenario de las políticas y programas de sanidad, o la visibilización solamente de las relaciones de productividad laboral a ellos asociada, en un contexto en el que raramente se considera a los hombres como sujetos de derechos a la sanidad.

Aquí caben unas rápidas informaciones respecto a la Política Brasileña de Atención Integral a la Sanidad de los Hombres (Brasil, 2009), creada en el ámbito del Ministerio de la Sanidad de Brasil, vinculada a un área técnica de sanidad de los hombres. Publicada oficialmente en 2008, el contexto de articulación de la política presenta la premisa comentada por el Ministro de Sanidad José Gomes Temporão, de que los hombres enferman más que las mujeres, se mueren más temprano y acuden menos a los servicios sanitarios (Quirino, 2012), justificando de este modo su necesidad.

Señala algunos aspectos de la vulnerabilidad de los hombres, relacionada con las construcciones de masculinidad basadas y orientadas por ideas de poder, potencia y superación de límites, pero lo hace de forma solamente descriptiva y acaban por considerar que los cambios en esta situación solo son posibles cambiando la mentalidad de las personas individualmente, considerando que los problemas de sanidad están basados en elecciones personales, generando intervenciones individualizadas, descontextualizadas y despolitizadas. Así, no resulta raro percibir que el objetivo general de esta Política esté relacionado con una definición de sanidad vinculada a la tradicional oposición salud-enfermedad y que el sistema de atención aún esté restringido a la oferta de servicios (Medrado, 2009).

Volviendo a los discursos científicos producidos en las correlaciones entre consumo de drogas y hombres/masculinidades, hace falta decir que es bastante común la asociación entre consumo de alcohol y otras drogas por parte de los hombres, especialmente jóvenes, y los supuestos impactos generados por dichas prácticas sobre la sanidad pública en Brasil y en muchos países, sea en el control de la infección por el VIH, en la violencia urbana o hacia las mujeres, en accidentes con coches o en los problemas de sanidad mental. Sin embargo, muchas investigaciones señalan que el consumo de drogas entre hombres es incitado culturalmente y están relacionados con pruebas de hombría e importantes rituales de cambio a la vida adulta (Nascimento, 1999; Acioli, 2001; Franch, 2004; Moraes, 2008), pero no van más allá de esta sencilla correlación.

Dichos discursos están presentes en los servicios sanitarios. En centros públicos de atención a las personas con problemas generados por el consumo de drogas, los hombres son la mayoría, a diferencia de lo que pasa en otros tipos de servicios de sanidad, donde en general las mujeres acuden más, entre otras razones, porque los procesos de socialización de género asocian a las mujeres a la esfera del cuidado (Moraes, 2005; Moraes, 2008).

La frecuente pregunta que se hace en la sanidad respecto a dónde están los hombres, no se aplica a los servicios de atención a los problemas relacionados con el consumo de drogas. En dichos casos, la posición de sujeto no marcada que se les ha constituido a los hombres en los servicios de sanidad puede que no resulte de la ausencia de los mismos en el cotidiano de dichos servicios, sino más bien de un juego de poder que pasa por la identificación y auto-identificación de sus vulnerabilidades, por ellos y por los/las profesionales de salud, que queda manifiesto en sus prácticas discursivas (Moraes, 2005).

Finalmente, considerando la compleja red de sentidos que permean nuestro esfuerzo de articulación de concepciones y prácticas que no se habían articulado críticamente hasta ahora, nos interesa tener herramientas para comprender cómo los discursos sobre género que hay en el campo de la sanidad relacionado con el consumo de drogas producen concepciones de masculinidades/hombres y definen posiciones de sujetos, para entonces repensar las posibilidades de construcción de otros sentidos y de otras prácticas sanitarias, que tengan en cuenta los usos y efectos de las prácticas discursivas que transforman las diferencias en desigualdades (Figueroa-Perea, 2004; Lyra, 2008).

Por tanto, hemos utilizado una perspectiva feminista de género (Medrado y Lyra, 2009), pensando el feminismo como lo que se ocupa de la transformación social en las relaciones de género, aunque el género no sea el término preferido por todas (Butler, 2006, p. 289). Así, tomamos como herramienta el género como categoría analítica (Scott, 1990), lo que nos posibilita una aproximación a las relaciones de poder que permiten las construcciones del “ser hombre” y sus efectos en el ámbito de la atención sanitaria, que aparecen en distintas prácticas discursivas.

De todos modos, examinaremos el binarismo de género en las producciones discursivas con las que trabajamos, entendiendo que forma parte del significado del propio poder. El discurso restrictivo, que insiste en el modelo binario hombre-mujer como la forma exclusiva para entender el campo del género, acaba resultando en una operación reguladora de poder que naturaliza el caso hegemónico y reduce la posibilidad de pensar en su alteración. Por lo tanto, miraremos hacia las expresiones del binarismo para justamente pensar cómo se reta a dicho sistema fijo, cuestionando la coherencia de las categorías, para conocer las posibilidades de transformar y flexibilizar el modo como el género estructura la vida social (Scott, 1990; Butler, 2006).

2.3 El lenguaje del *riesgo* en políticas públicas de sanidad

Nuestro recorrido en la búsqueda de herramientas para comprender los discursos de la sanidad en el proceso de producción de concepciones de masculinidades/hombres y en la definición de posiciones de sujetos, nos ha hecho llegar hasta la discusión de *riesgo*, especialmente del *lenguaje del riesgo*. Así que, en este apartado, haremos un breve recogido de las distintas tradiciones y conceptos relacionados con el riesgo (Castel, 1991, Beck, 1993-2000; Giddens, 1997-1998; Rose, 2001) para reafirmar nuestra opción de utilizar las aportaciones del campo de estudios sobre *lenguaje del riesgo* y sus implicaciones en los discursos del campo de la sanidad (Spink, 2001; Spink y Menegon, 2006). Nos pareció ser esta una interesante manera de discutir cómo los discursos sobre la dimensión positiva del riesgo forman parte de los sentidos producidos sobre los hombres y las masculinidades, especialmente en los contextos de consumo de drogas, y a la vez, aproximarnos a la incorporación del *riesgo* en las políticas y acciones sanitarias.

Por supuesto, la tarea de definir *riesgo* pasa por la esfera de los valores sociales (Wynne, 1996; Castel, 1999; Spink, 2001). En los procesos de socialización

heredamos tensiones generadas por la manera como algunas constancias discursivas sobre riesgo se han formado en la sociedad industrial: 1) la tensión entre una perspectiva colectiva de gestión de riesgo y una perspectiva individualista de la incorporación de la disciplina; 2) la tensión entre la percepción de los expertos y de las personas de sentido común; y 3) la tensión entre el imperativo de la prevención de los riesgos y la percepción de que los riesgos ayudan a formar la “personalidad” o a liberar la creatividad (Spink, 2000; Menegon, 2003).

Tomando como base las reflexiones de Menegon (2003), podemos decir que no hay un consenso sobre lo que se entiende por *riesgo*. Lo que hay que tener en cuenta es la existencia de una matriz histórica que proporcionó el surgimiento de prácticas discursivas y una posterior permanencia discursiva de algunos de sus conceptos, especialmente en el campo de sanidad.

En este sentido, el lenguaje del riesgo, construido a lo largo de los siglos desde que el riesgo se ha tornado un objeto de gestión, se expresa de distintas formas según el contexto en el que se utilice (Spink, 2002; Menegon, 2003). En esta dirección, Spink (2000b; 2001) discute la existencia de dos tradiciones de políticas del riesgo, desde las que se construyen algunas líneas discursivas: la primera tradición está relacionada con la necesidad de gobierno de las poblaciones, desde la modernidad clásica; la segunda es heredera de la positividad de la aventura (Spink, 2000a; 2001).

La primera tradición de políticas del riesgo está relacionada con los procesos de disciplina de las personas, por medio del control del cuerpo, y comprende dos etapas: 1) una relacionada con la disciplina del cuerpo por la higiene, vinculada al Movimiento Higienista del siglo XIX y a la moral de la prevención; 2) en el siglo XX, la disciplina pasa a relacionarse con los estilos de vida, ya que las enfermedades crónicas se tornan el foco de la sanidad pública. *Correr riesgos* es la metáfora utilizada en dicho momento histórico (Menegon, 2003; Spink & Menegon, 2006).

Correr riesgos, o *enfrentar riesgos*, emerge fuertemente en el área de la sanidad, generando una reorganización en el campo de los cuidados en la sanidad y las nuevas prácticas discursivas sobre gestión de riesgos nocivos en la sanidad (Spink, 2000). Así, el estilo de vida como forma de autocontrol y autogestión se presenta normalmente relacionado con la idea de que la persona tiene control sobre su salud, poder sobre sus elecciones y sobre la toma de decisión en este campo. La persona, entonces, podría, o debería, tener control y responsabilidad sobre su salud, bajo la monitorización de un experto (Menegon, 2003). Por lo tanto, en esta

racionalidad, la persona es responsable del control de los riesgos a la salud y de evitar lo que se elige como riesgo o daño a la salud.

La segunda tradición discursiva respecto a riesgo es heredera de la positividad de la aventura. Señala el cambio de la sociedad disciplinaria a la sociedad del riesgo, para la cual el enfoque es lo imprevisible, lo imponderable y la complejidad que marcan las experiencias de lo cotidiano. Dicha noción de *riesgo aventura* se acerca a los campos de la Economía y de los Deportes y la metáfora utilizada es *buscar el riesgo deseado*. Aquí, la “satisfacción personal” es lo que permite la comparación entre riesgos y beneficios de las prácticas (Spink & Menegon, 2006).

Las dos tradiciones discursivas las hemos tomado como referencia para nuestro estudio porque aluden al seguimiento de las personas que consumen drogas tanto desde el modelo abstencionista como desde el modelo de RD, orientando formas de intervención que buscan controlar, adaptar y aumentar la autoestima de las personas.

En resumen, la gestión de riesgos es un fenómeno de la *modernidad tardía*⁶ y señala que ha habido un cambio de la sociedad disciplinaria hacia el inicio de la sociedad del riesgo, lo que generó el abandono del foco en la gestión de la vida para la gestión del riesgo (Spink, 2001; Castel, 1991). Por lo tanto, señala Spink (2001) criticando a Foucault, que hay que comprender el giro hacia el proyecto de la modernidad tardía para pasar a la noción de sociedad del riesgo. Para ella, Foucault piensa en la modernidad clásica cuando reflexiona sobre la gestión de la vida.

Basándonos aún en las ideas de Foucault, es posible decir que aunque las estrategias de gobierno anteriores (la soberanía y la disciplina) sigan presentes, hay cambios que hacen que las nuevas formas de biopoder sean las principales estrategias de gestión, cambiando la naturaleza de los riesgos, o la complejidad de los riesgos modernos, y los mecanismos de gestión de las poblaciones y de las personas (Spink, 2001).

Así, se hace necesaria la introducción de las discusiones sobre *riesgo aventura* en sus diversas conexiones, relacionadas sobre todo con la economía liberal, además

⁶ Optamos por la utilización del término *modernidad tardía* tal como sugiere Mary Jane Spink (1999), y no *modernidad reflexiva* (Beck, 1993) o *postmodernidad* como dicen otros autores. Para Spink, dicha denominación está relacionada con la dificultad de pensar en cómo nombrar posteriormente lo que venga después del post. Bromeando, pregunta ¿post-post-modernidad? De todos modos, señala que en todas estas nomenclaturas están las ideas de ruptura, del cambio de la sociedad feudal a lo que se llamó de modernidad, o modernidad clásica, que está en este momento pasando por transformaciones.

de tener en cuenta otras modalidades de aventura, como las relacionadas con los deportes radicales y la búsqueda de emoción en las drogas lícitas e ilícitas, también como indicadores de esta otra racionalidad (Spink, 2001).

Algunos autores (Giddens, 1991; Le Breton, 1996) intentan comprender las características de la sociedad del riesgo situándolas en los procesos de destradicionalización que son propios de la sociedad globalizada. En el tema del consumo de drogas, por ejemplo, el riesgo se ve como algo activamente buscado. “Lejos de provocar la muerte, hay un dulce abandono de ésta por medio del alcohol, de la droga, de la fuga o del vagabundeo” (Spink, 2001: pp. 1285).

En estas formas corrompidas de jugar, haciendo una analogía a las teorizaciones de los juegos, la búsqueda de significados para la vida ocurre al enfrentarse a la muerte, en un juego en que la persona, para ganarlo todo, se arriesga a perderlo todo (Spink, 2001; Le Breton, 1996).

De todos modos, hay que considerar que aunque la modernidad implica una ruptura con la tradición (Beck, 1993), dicha destradicionalización no es una ruptura total y las constancias son identificadas claramente en las pesquisas del tiempo largo en los repertorios lingüísticos (Spink, 1999), como señalaremos en el apartado del análisis y discusiones de nuestro estudio (Parte E).

Argumentado a favor de la existencia de nuevas modalidades de uso de los repertorios interpretativos respecto al riesgo, Spink (2001) defiende que la perspectiva del *riesgo aventura* cumple múltiples funciones en los procesos de destradicionalización típicos de la modernidad tardía, como figura de lenguaje útil para hablar de nuevas sensibilidades relacionadas con el enfrentamiento de lo imponderable de los riesgos modernos:

- (...) es posible que aún no tengamos los conceptos necesarios para expresar estas nuevas sensibilidades, generando así un suelo fértil para la emergencia de nuevos términos, utilizados aún en sentido figurativo. (...) Si la interpretación de esta trayectoria del concepto de riesgo tiene sentido, entonces el estudio minucioso de las nuevas formas de hablar sobre él y las funciones que estas prácticas discursivas tienen en la vida social, pueden darnos pistas sobre la emergencia de nuevas formas de gestión de la modernidad tardía y de las posibilidades de producción de sentido a ellas asociadas (Spink, 2001: pp. 1287)⁷.

⁷ Fragmento original en portugués, traducido al castellano en el contexto de producción de la tesis.

En este sentido, podemos decir que todo lo relacionado con enfoque de la reducción de daños se nos presenta como muy útil para dialogar con otros sentidos producidos respecto a las relaciones de las personas con las drogas y otros modos de actuación sanitaria.

Un estudio reciente sobre riesgo, consumo de tabaco y exclusión social (Spink, 2010) señala la importancia de las estrategias de reducción de daños (RD), puesto que son pertinentes en un escenario de múltiples dificultades relacionadas con el consumo de tabaco, que se encuadra en los estilos de vida llamados “arriesgados”. Por otra parte, reflexiona sobre los efectos del discurso de adopción de estilos de vida saludables que a veces se convierte en discriminación moralista hacia los que no los adoptan.

Aunque la RD en dichos casos se considera viable, hay innumerables resistencias a su incorporación como estrategia en el consumo de drogas, lo que puede estar relacionado con el conjunto de cuestiones polémicas que se generan en este contexto. Por ejemplo, la adopción de estrategias de reducción de daños puede señalar la aceptación de la inevitabilidad de los estilos de vida llamados arriesgados, lo que contrasta con el referido imperativo moral de las prácticas saludables. Por lo tanto, hay que reflexionar sobre la existencia de maneras diferentes y creativas de reducir daños, que pasaría, entre otras cosas, por la inclusión del placer y de la audacia relativas a dichas prácticas, considerando éstas incluso como formas de resistir a los excesos de moralidad asociados al enfoque de la promoción de los estilos de vida sanos (Spink, 2010).

Lo que discute Spink (2010) respecto a la exclusión social e intolerancia hacia las personas que consumen tabaco, generadas por los discursos sanitarios aterradorantes sobre el consumo de dicha sustancia se puede ampliar perfectamente al consumo de otras drogas, aunque en el caso de las drogas ilícitas tal proceso sea amplificado por la transgresión legal/jurídica que forma parte.

Estas son implicaciones de las nociones de estilos de vida como forma de auto-control planteadas en la monitorización de la salud y el ideal de *persona responsable* de su propia salud (Menegon, 2003), lo que se interpone a la metáfora de *buscar el riesgo deseado*, que está relacionada con los discursos respecto a los procesos de

socialización masculina para el riesgo, o hasta de un imaginario masculino de fuerza y superación de límites.

En esta dirección, nos interesan las aportaciones que nos ayuden a señalar la necesidad de un análisis de género de los aspectos o “características” relacionadas con el riesgo en la *modernidad tardía* (Spink, 2000a) y cómo esta nueva sensibilidad frente al riesgo (Spink, 2010) tiene que ver con la proposición de otras miradas y otras acciones sanitarias, basadas en la reducción de daños como alternativa, teniendo en cuenta el género como facilitador de un modo de decodificar el significado y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana (Scott, 1990).

En la dirección de esta nueva sensibilidad, entender la función del *riesgo aventura* en la *modernidad tardía*, y las maneras por las cuales el discurso de género se intersecta con los discursos de los riesgos, nos ayudaría a pensar en cómo la lectura que se hace respecto a los hombres y las masculinidades en el contexto de las políticas públicas está generizada y cómo orienta las prácticas sanitarias.

Sin embargo, si por un lado el discurso del *riesgo aventura* aparece muy relacionado con los hombres, por el otro, pocos estudios hacen un análisis de género respecto al tema de los riesgos. Ni siquiera en los artículos más recientes respecto al tema hay una lectura de género de materiales discursivos analizados sobre el *riesgo aventura* en los medios o en la publicidad sanitaria antitabaquismo (Spink, 2010; 2008), aunque señalen aspectos de los discursos y de las prácticas discursivas que podrían resultar en interesantes análisis de género. Su foco, por supuesto, se encuentra en otros aspectos del escenario de la *modernidad tardía*, pero nos provoca otras lecturas que puede que complementen las aproximaciones en el debate respecto al *riesgo aventura*.

La dimensión positiva del enfrentamiento al riesgo está reflejada, entre otras cosas, en el valor educativo de la aventura, en las relaciones entre riesgo y apuesta, en los deportes radicales. Estudiando el riesgo en los medios, Spink (2001) apunta que el *riesgo aventura* acaba por cumplir una función edificadora en dos casos que nos interesa: 1) el fortalecimiento del carácter, como se describe en los reportajes que asocian educación proactiva a deportes generadores de adrenalina; 2) los procesos de aprendizaje de la flexibilidad y toma de decisión en programas de desarrollo gerencial del tipo *Quest*, pensados para combinar emoción y formación corporativa tradicional.

Un ejemplo lo encontramos en una portada de una revista publicada en Brasil, donde el término “hombres del riesgo” se utiliza para hablar de la emoción del trabajo en el mercado financiero, argumentando a favor de la idea de que sin peligro no es posible avanzar en el proyecto de modernidad. Dichos hombres son descritos como “de corazón fuerte”, como personas que superan el miedo y buscan la adrenalina de los deportes radicales, por ejemplo de los de salto tipo *bungee jump*, (Spink, 2001).

Lo que nos interesa añadir a dichas reflexiones es justamente la dimensión de género que estructura los discursos respecto al *riesgo aventura*, que recobra características como proactividad, superación de límites, fuerza o coraje, atributos considerados masculinos, que remiten a prácticas relacionadas con el hecho de “ser hombre”.

Por supuesto, dichas construcciones también repercuten en los sentidos producidos respecto al consumo de drogas. Entre las ilícitas, suponen una ampliación del riesgo por la transgresión legal/jurídica. Con relación al alcohol, se relaciona con el consumo de alcohol en gran cantidad, o de bebidas alcohólicas más fuertes; y a las asociaciones entre consumo de alcohol con otras prácticas arriesgadas, como la conducción de un coche bajo efecto de dichas sustancias.

Fumar o tener en la mano un cigarrillo de tabaco para “hacerse hombre” aparece, por ejemplo, en las prácticas discursivas de jóvenes entrevistados en un estudio sobre riesgo y tabaquismo (Spink, 2010). En el mismo estudio, una profesora señala la práctica de fumar tabaco entre mujeres también como una demostración de poder y de igualdad de derechos a los hombres: “(...) *Quem fumava eram os homens! Então tem muito a ver isso; nós mulheres também temos o direito de fumar!*(...) (p 485).

Aquí cabe una reflexión respecto a las actividades más valoradas socialmente, que para algunas autoras feministas, especialmente del feminismo de la igualdad, son las que constituyen el espacio de lo público, del reconocimiento, de lo que está expuesto a la mirada pública. Desde esta perspectiva, cuando una tarea tiende a hacerse valorar, tiende a hacerse pública, tiende a masculinizarse y a hacerse reconocer (Amorós, 1994). Quizá a las prácticas discursivas referentes al *riesgo aventura* se le puede aplicar dicha reflexión, sin ceñirse a los esquemas conceptuales que han construido el mundo de una forma jerárquica y polarizada (Siquiera, 2008).

Recordamos también lo que señalan Medrado & Lyra (2008) y otros autores, respecto al rol que la educación de los hombres tiene para prepararlos para cumplir las expectativas sociales del riesgo como algo que debe ser superado cotidianamente, lo que supuestamente está relacionado con los estilos de vida autodestructivos y la vulnerabilidad de la vida. En este sentido, los discursos concernientes a las prácticas de riesgo asumidas por los hombres, en contra de las prácticas sanas, están basados en los mismos atributos de las masculinidades que permitirían a los hombres acceder a un poder y un prestigio (Esteban, 2006).

A la luz de lo formulado por Spink (1999) respecto a las prácticas discursivas, podemos decir que los repertorios lingüísticos utilizados para hablar de los procesos de socialización de los hombres (*el tiempo vivido*) relacionan el *riesgo aventura* con lo que dictan los modos de “hacerse hombre” por un lado, y por otro, ponen a los hombres en situación de vulnerabilidad. El modo como los hombres aprenden a usar los repertorios desde sus posiciones de persona (en la familia, en la escuela) están marcados por dichas construcciones discursivas, que se hacen presentes en los procesos de interanimación dialógica y de producción de sentidos (*el tiempo breve*) en los que tienen lugar las diferentes voces activadas por la memoria cultural del *tiempo largo* o por la memoria personal del *tiempo vivido*.

Nuestro interés en las producciones discursivas que sitúan a los hombres como víctimas de sus masculinidades está justamente en el hecho de señalar que los discursos producidos respecto al riesgo asumido positivamente y valorado socialmente como expresión de poder y sello de la *modernidad tardía*, también ayudan a dar sentido a las relaciones de los hombres con las drogas de la misma forma positiva que otras prácticas arriesgadas. Sin embargo, la búsqueda de drogas, especialmente las ilegales, en general comporta un rechazo moral, no se considera una práctica de la misma naturaleza de otras en el escenario del *riesgo aventura*.

El discurso de la positividad y del placer relacionado con el consumo de drogas no es un *discurso autorizado*, como señala Petuco (2011), porque no trata sobre la derrota por tener la vida devastada por dichas sustancias, ni muestra un discurso victorioso de las personas que superaran dichos consumos, discursos generalmente aceptados. Así, no se hace una relación directa entre *riesgo aventura* y consumo de drogas ilegales, como ocurre con la adrenalina generada por los deportes radicales, por ejemplo.

En el contexto de la atención sanitaria, las prácticas discursivas producidas desde diferentes posiciones de persona señalan dichas rupturas y constancias, especialmente porque los hombres atendidos pasan a tener problemas con los usos de drogas, apagando alguna característica positiva y de placer que se supone que está relacionada con los contactos no problemáticos con drogas.

Nuestra preocupación, el foco de nuestros análisis y las contribuciones de nuestro estudio recorren estos caminos de articulación temático-política, sinuosos por su complejidad, pero útiles y necesarios en los diálogos entre una Psicología Crítica y la Salud Colectiva, que tienen como finalidad última la mejora de la atención sanitaria a la gente que de ella necesita.

2.4 Políticas públicas de sanidad en Brasil – reducción de daños (RD) como política pública en el campo del consumo de drogas

En este apartado nos centramos en las discusiones y en explicitar el campo de reducción de daños como política pública de sanidad, en sus relaciones con el movimiento social, las contradicciones relacionadas con su implementación en Brasil y algunas razones por las que el tema de género y el lenguaje del riesgo resultan indispensables en este campo de políticas.

El *lenguaje del riesgo*, como hemos señalado anteriormente, ejerce un rol importante en las políticas públicas sanitarias, especialmente en las políticas públicas de *reducción de daños* (RD), en las que los discursos sobre riesgo asociados a los estilos de vida son generadores de mayor control por su asociación a los cambios de comportamiento (Menegon, 2003).

Por políticas públicas de RD entendemos las políticas sanitarias relacionadas con los usos de drogas que comprendan un enfoque y un conjunto de estrategias asociadas que contemplen la utilización de metodologías cualitativas y dialógicas, tanto para comprender, como para intervenir en problemas relacionados con el consumo de dichas sustancias (Romaní, 2008), buscando favorecer que los usos de drogas legales o ilegales ocasionen el mínimo de daños posible a la sociedad y a las personas (Grup Igia, 2000).

Las políticas sanitarias de RD, desde una perspectiva ampliada, incluyen no solamente los daños sanitarios propiamente dichos, sino también los sociales,

económicos y legales, incluyendo a las personas que consumen drogas, sus familias, su entorno cercano y a la sociedad en general (Grup Igia, 2000).

Definir lo que es la RD no es una tarea muy fácil, quizá porque la RD está en constante movimiento (De Paula Santos, 2007). Son pocos los estudios que presentan un concepto o una descripción amplia de lo que es la RD y en general solo señalan diferentes concepciones en disputa en el campo de saberes y prácticas respecto a las drogas. Las producciones científicas sobre el tema relatan que la RD es una alternativa que señala aspectos éticos y humanos en la relación entre las políticas públicas y la gente que toma drogas, pero todavía no dicen cuáles son los marcos teóricos de dicha perspectiva (Santos, 2008).

De todos modos, podemos estar de acuerdo en afirmar que aún es necesario un esfuerzo para clarificar los conceptos, definir las actuaciones y evaluar científicamente el impacto de la RD, y que es notable que “la falta de un conjunto claro de conceptos y definiciones sobre la reducción de daños se presente como un problema en el desarrollo de esta área política y práctica” (Strang, 2004, p.13).

Además, parte de los discursos científicos que hemos encontrado respecto a la RD no solamente señalan una multiplicidad de comprensiones sobre lo que es, sino que también la definen por lo que no es, por todo a lo que se opone y critica, quizá por organizarse en un sentido distinto del resto de discursos científicos sobre drogas que privilegian o la personalidad, o la sustancia, o el medio sociocultural, basados en modelos teóricos que miran hacia la gente que usa drogas como dependiente, como enfermo o como delincuente. La RD, por su parte, ha sido organizada alrededor de un conjunto de estrategias preventivas, con énfasis en los derechos y responsabilidades de las personas que toman drogas, aceptando un cierto nivel de uso de dichas sustancias en la sociedad en general, objetivando la disminución de consecuencias de este consumo (Martins, 2003).

En una larga producción teórica respecto a los objetos y sujetos de la RD, el autor ha encontrado los siguientes grupos de producciones discursivas científicas respecto a la reducción de daños: 1) la RD es señalada como una estrategia complementaria utilizada solamente cuando no es posible llegar a la abstinencia de drogas; 2) en el campo de la transmisión del VIH, en el cual el foco no son las drogas sino la prevención de enfermedades; 3) la RD aparece como un conjunto de acciones y políticas para reducir los daños y riesgos relacionados con las drogas, sin tener la abstinencia como meta; 4) las producciones que consideran el sujeto como plural y

comunitario y no focalizan en estrategias individuales, sino más bien en medidas colectivas para la promoción de estilos de vida saludables; 5) la RD es un conjunto de acciones hacia las poblaciones, en general, llevadas a cabo por instituciones, dirigidas a la reducción de los problemas relacionados con las drogas, y no solamente hacia las personas que toman drogas; 6) considera los usos de drogas como parte de las prácticas humanas y, por lo tanto, la RD no intentaría impedir dichos usos, sino disminuir las vulnerabilidades relacionadas con los usos perjudiciales; 7) la concepción de RD está ubicada en la Sanidad Colectiva, que supone los usos de drogas relacionados con las formas de trabajar y vivir de las poblaciones, que define RD como un conjunto de saberes y prácticas basadas en la comprensión estructural del complejo sistema social de producción, distribución y consumo de drogas, proponiendo acciones emancipadoras. La RD, desde esta perspectiva, es contraria a la política de “guerra a las drogas”⁸ y a las medidas puramente represivas o punitivas generadas bajo la influencia de dicha política (Santos, 2008).

Por otra parte, hay todo un conjunto de producciones discursivas científicas que concibe la RD como un dispositivo político de lucha en la defensa del derecho a la sanidad pública y como una clínica-política (De Paula Santos, 2007; Moraes, 2008; Moraes & Barreto, 2012; Petuco, 2012), del que vamos hablar un poco más adelante.

Intentando organizar una comprensión de la RD, Tadeu De Paula Santos (2007) apunta que la RD tiene tres planes de articulación (el territorial, la red de cooperación y la “máquina gubernamental”) y destaca tres dimensiones que la componen: la *concreta*, realizada por los dispositivos de la RD; la *procesal*, sobre cómo la RD genera nuevos dispositivos; y la *abstracta*, relativa a la emergencia de la RD como un paradigma sanitario. De los planes de articulación surge el método clínico-político. Así, la RD asumida como un método clínico-político tiene en una cara la acción concreta y actual (los dispositivos) y en la otra cara el abstracto y virtual (el paradigma) (De Paula Santos, 2007, p. 17).

⁸ En el escenario internacional, las drogas y después el terrorismo, pasaron a substituir al comunismo como figura ideológica amenazadora a la democracia mundial (De Paula Santos, 2007). La política global de “guerra a las drogas” ha sido creada por los EE.UU. y difundida por todo el mundo. Es una política ortodoxa de combate a las drogas basada en la idea de que es necesario un mundo sin drogas. Para algunos/as autores/as, la guerra a las drogas constituye no solamente un ejercicio de control de la sociedad, sino también una estrategia para la ampliación de la economía neoliberal desde el poder y la violencia (Passos & Souza, 2011. p.155). Muchas autoras señalaron que la política de guerra a las drogas ha generado más problemas que el consumo de drogas en sí, porque ha promovido, entre otros efectos desastrosos, una matanza de jóvenes, negros y pobres, en Brasil, en México, en Colombia y otros países en los que la política ostensiva ha sido implantada (Moraes, 2010; Karam, 2003; Minayo, 2003; Acserald, 2000).

De todos modos, hay que considerar que la emergencia de la RD como un paradigma ha tornado posible la utilización del método en diferentes instituciones, pero ha generado la segmentación entre las “prácticas discursivas y las prácticas metodológicas de la RD” (De Paula Santos, 2007, p 106).

Conocer un poco la historia del desarrollo de la RD ayuda a entender su construcción, ampliación y consolidación como un conjunto de saberes y prácticas.

2.4.1 El recorrido histórico de la RD

Muchos de los discursos respecto al origen de la RD que hemos encontrado señalan alguna relación con la epidemia de VIH y de Hepatitis. Para algunos autores, la alarma creada en los años 80 del siglo pasado relacionada con la expansión del VIH/Sida obligó a plantear alternativas de asistencia sanitaria que han generado las políticas de reducción de daños y riesgos, inicialmente en Europa y desde la iniciativa y la participación de los usuarios de drogas (Romaní, 2008).

Otros autores dicen que en aquel momento la expansión de hepatitis B preocupó más que el VIH/Sida, también relacionada con los usos de drogas inyectables, por lo que las estrategias de cambio de jeringuillas usadas por nuevas han tenido un importante rol, generando los llamados Programas de Reducción de Daños - PRD creados por asociaciones de usuarios/as de drogas de Holanda (Bastos, 2003).

Pero aún antes de los marcos históricos de los años 80 del siglo pasado comúnmente citados en las producciones científicas respecto al tema, otros autores señalan que ya al final de los años 60, algunos servicios de drogodependencias de Londres iniciaron dinámicas educativas sobre técnicas de inyección dirigidas a los consumidores e instalaron salas en las que sus clientes podían inyectarse. Lo mismo ha pasado en Italia a través de una iniciativa para eliminar los duros controles de la venta de agujas y jeringuillas en los supermercados, después de una epidemia de hepatitis B en los 70 (Strang, 2004).

Aunque se ha difundido en todo el mundo, en Latinoamérica el desarrollo de la RD ha encontrado un contexto difícil especialmente por la influencia directa de las políticas hegemónicas conservadoras estrictamente ortodoxas de EE.UU. (Romaní, 2008). Pero, de todos modos, la perspectiva de RD ha avanzado a su manera, en distintos países, asumiendo sus especificidades en cada uno.

El inicio de los regímenes dictatoriales en Latinoamérica y los cambios macro-políticos hacia un “nuevo orden mundial” en los años de 1960, sacudió las frágiles estructuras democráticas de dichos países, especialmente porque el desarrollo del capital mundial estaba asociado a intereses internos de dominación. Así, las políticas de drogas han tenido un importante rol en la “apertura política” de muchos países. En Brasil, como señalan algunos autores, dichas políticas han sido creadas también como estrategia de control de las poblaciones, basadas en un concepto muy abstracto sobre drogas, poniendo las drogas ilícitas como el gran mal que debe ser enfrentado y vencido (De Paula Santos, 2007).

En este sentido, dicen:

Los conceptos abstractos permiten que, por un lado, toda la humanidad pueda unirse contra el mal y, por otro lado, cualquiera pueda ser un enemigo de la humanidad. El concepto de drogas gana un sentido estratégico un vez que los criterios que lo delimitan no siguen ninguna coherencia, y son contradictorios entre sí. El grado de contradicción y de falta de criterios lógicos que distinguen las drogas lícitas de las ilícitas se tornó el foco de la interdicción moral que, en última instancia, se apoya en la guerra como estrategia para eliminar el mal del planeta en la medida en que oculta los intereses económicos que se alimentan de esta distinción. (...) Al focalizar en la producción material del comercio de drogas ilegales, la guerra a las drogas permite un control de las clases pobres y tapa la lógica de consumo que mueve el mercado mundial de drogas lícitas e ilícitas. En Brasil, las prácticas de la dictadura, como la tortura, pasaron a ser ejercidas en las comunidades pobres mediante una intensificación del poder policial. Bajo la justificación de la defensa de la democracia y el combate a las drogas, fuerzas antidemocráticas constituyeron una compleja red bélica en el cimiento de la propia democracia (De Paula Santos, 2007, p.23 y 24).

De todos modos, Brasil es considerado un país con una actuación central en el conjunto de países de Latinoamérica en relación con la implementación de la RD, aunque la política de drogas brasileña esté orientada a la reducción de la oferta de drogas tras la represión a su uso y comercio (Fonseca & Bastos, 2005).

La RD en Brasil ha sido utilizada como estrategia sanitaria por primera vez en Santos – São Paulo, en el año 1989, relacionada con la infección por VIH entre personas que tomaban drogas inyectables. Sin embargo, para muchos autores los programas de intercambio de jeringuillas se han convertido en una estrategia de “producción de salud”, alternativa a las estrategias vinculadas a la abstinencia⁹, diversificando la ofertas de servicios sanitarios, especialmente después del año 2003 cuando las acciones de RD dejaron de ser exclusivas de los Programas de VIH/Sida y

⁹ Las estrategias relacionadas con la abstinencia son acciones basadas en el *paradigma de la abstinencia* pensado de manera más amplia. Es más que un direccionamiento clínico: es una red de instituciones que definen una gobernabilidad para las políticas de drogas y la ejercen de forma coercitiva en la medida en que hacen de la abstinencia la única dirección de tratamiento posible, sometiendo el campo sanitario al poder jurídico, psiquiátrico y religioso (De Paula Santos, 2007, p.27).

pasaron a guiar la Política del Ministerio de la Sanidad de Brasil para Atención Integral a los usuarios de Alcohol y Otras Drogas y la política de Sanidad Mental. Asimismo, dicho proceso de ampliación y definición de la RD como un nuevo paradigma ético, clínico y político implicó un proceso de enfrentamiento a las políticas antidrogas que han tenido sus bases en el período de la dictadura militar (Passos & Souza, 2011).

Desde 1994, el Ministerio de la Sanidad de Brasil tomó oficialmente la RD como estrategia sanitaria para la prevención del Sida y la hepatitis entre usuarios de drogas inyectables y ha ampliado dichas estrategias a usuarios de otras drogas, basándose en su eficacia en la reducción de nuevos casos de dichas enfermedades (Ministério da Saúde, 2004a).

Desde 1996, con el apoyo del Programa Nacional de Sida, se empezaron a crear otros PRD en otras ciudades brasileñas, además de Santos y Salvador (Petuco, 2007). Aunque se ha considerado que las primeras acciones de RD en Brasil se han ubicado en la ciudad de Santos, el primer PRD reconocido oficialmente en Brasil fue el de Salvador, coordinado por el Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas – CETAD, en 1995 (Santos, 2008).

En el nivel de los discursos oficiales sobre la RD en Brasil, los Programas de Reducción de Daños - PRD dirigidos a las personas que toman drogas inyectables, no solamente han sido eficaces en la prevención y diagnóstico de la infección por el VIH, sino también en el desarrollo de una mirada ampliada hacia la atención sanitaria a las personas que consumen alcohol y otras drogas en general (Ministério da Saúde, 2004a).

Inicialmente, la tarea principal de los PRD fue cambiar jeringuillas usadas por nuevas, por esto han sido llamados en portugués de *Programa de Troca de Seringas* – PTS. Sin embargo, progresivamente los PRD se han ido ampliando y, según algunos autores, se han tornado efectivamente programas de reducción de daños responsables de llevar a cabo variados servicios, como la distribución de preservativos, vacunas para hepatitis o informaciones respecto a las formas más seguras de tomar drogas y sobre la red sanitaria disponible. En un contexto extremo de marginalización y exclusión de muchas de las personas que consumen drogas, especialmente las ilícitas, acudir a los servicios sanitarios ha sido (¡y continúa siendo!) una tarea difícil para dicha población, por eso resultan tan importante las acciones de RD fuera de los centros sanitarios, en las comunidades, donde vive la gente (Bastos, 2003).

La RD se ubica hoy en la *interface* entre las políticas de sanidad mental y las políticas de VIH, pero no aparecen referencias sobre ésta en documentos oficiales de políticas públicas de sanidad mental hasta los años 2000. Como hemos señalado, hasta 2000, la RD estaba casi exclusivamente relacionada con el control de la infección por el VIH entre personas que usaban drogas inyectables (UDI), siendo ésta su principal identidad, la manera como ha sido difundida y como se ve aún muchas veces hoy en día.

El proceso de construcción legal de la RD en cuanto a políticas de sanidad mental ha empezado con las deliberaciones de la *III Conferência Nacional de Saúde* llevada a cabo en diciembre de 2001 por el Ministerio de la Sanidad de Brasil, que ha impulsado la publicación de muchos documentos de normalización de la atención a las personas que consumen alcohol y otras drogas (Ministério da Saúde (2003): 1) la *Portaria GM/336, de 19 de febrero de 2002* (Brasil, 2002a), que definió normas y directrices para el funcionamiento de los Centros de Atención Psicosocial - CAPS, incluyendo los CAPSad (Centros de Atención Psicosocial para problemas del uso de Alcohol y Drogas); 2) La *Portaria SAS/189, de 20 de marzo de 2002* (Ministério da Saúde, 2002b), que reglamentó el documento anteriormente señalado, creando los CAPSad y proponiendo el funcionamiento de 250 servicios de este tipo hasta 2005 en todo el país¹⁰ (Ministério da Saúde, 2004b); 3) la *Portaria 2.19714 de octubre de 2004*, que redefinió y amplió la atención integral a dicha población desde la perspectiva de la reducción de daños, instituyendo el Programa de Atención Integral a Usuarios de Alcohol y otras Drogas, teniendo como principales componentes: la atención básica; la atención en los CAPSad, ambulatorios y hospitales especializados; la atención hospitalaria de referencia y una red de soporte social (asociaciones de ayuda mutua y organizaciones de la sociedad civil), complementaria a la red de servicios públicos (Ministério da Saúde, 2004a; Moraes, 2005).

Sin embargo, la expansión de los denominados CAPSad ha sido el foco de la política del Sistema Único de Sanidad de Brasil (SUS) hasta 2009, momento político en que se incorporaron otras estrategias sanitarias, resultado de un intento de dar respuestas al incremento del consumo de crack. En dicho contexto, los *consultorios de calle* (Consultorios de Rua, en portugués) han sido instituidos en todo el país¹¹,

¹⁰ En aquél entonces habían 42 CAPSad funcionando, pasando a 263 solo en julio de 2011 (Ministério da Saúde, 2011).

¹¹ Los *consultorios de calle* fueron creados en 1999, en Salvador de Bahía, Brasil, en el Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Dicha experiencia ha servido de base para la ampliación del proyecto en todo el país (Ministério da Saúde, 2010a). Entre otras cosas, los *consultorios de calle* proponen una atención en el propio espacio de la calle, dirigida a las personas que tienen problemas relacionados con

llevando a cabo acciones previstas en otros dos documentos importantes en el escenario de políticas sobre drogas en Brasil: 1) *el Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde SUS (PEAD 2009-2010)*, instituido por la *Portaria nº 119 de 04 de junio de 2009* (Ministério da Saúde, 2009b) y el *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)*, instituido por el *Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de mayo de 2010* (Presidência da Republica de Brasil, 2010b).

Aunque la RD se señale como una política pública recomendada para tratar las cuestiones relacionadas con los usos de drogas (Ministério da Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2004a; Delgado, 2004; Touzé, 2008), sus aspectos polémicos se consideran obstáculos a su implementación. Los principales retos referentes a la implantación de la RD están relacionados con la fuerza de los paradigmas moral, penal y/o psiquiátrico tradicional, hegemónicos en la gestión de las cuestiones relacionadas con el ámbito de las drogas, impulsados políticamente por el ideal “anti-drogas” y sus acciones de “guerra a las drogas” (Bucher, 1992; Franch, 2004; Minayo, 2003; Karan, 2003; Moraes, 2008; Romaní, 2008).

El proceso político de insertar la RD como un “paradigma” en la política de alcohol y otras drogas del Ministerio de sanidad ha generado una articulación con la política nacional de salud mental. Sin embargo, dicha articulación se ha realizado al mismo tiempo que la suspensión de financiación económica de los proyectos de RD por el Programa Nacional de Sida, principal apoyo de los PRD. La inexistencia de un lugar instituido para la RD en el escenario de las políticas nacionales aparece en un estudio del año 2007 como un importante reto para la investigación (De Paula Santos, 2007). Resulta relevante señalar que en el año 2009, cuando hemos empezado nuestro trabajo de investigación, este problema aún era el mismo y sigue siéndolo, por lo que cabe señalar dicho fenómeno político.

En la medida en que se va incorporando la RD de modo ampliado en los sectores de la sanidad mental, pasa entonces a ser citada como una perspectiva clínico-político basada en acciones territoriales y en la construcción de redes de soporte social, es decir, una red que ayuda a insertar e integrar a las personas en sus comunidades y en un territorio de actuación de servicios e iniciativas que buscan atender a las necesidades de personas que acuden a dichos servicios, con énfasis en la rehabilitación y reinserción social. Así, las acciones suceden en los sitios donde van

los consumos de drogas, pero que “aún” no presentan una demanda formulada tras procura espontánea de las instituciones de cuidado (p.04).

las personas que hacen usos problemáticos de drogas, en los servicios sanitarios flexibles, abiertos y articulados con otros puntos de una red sanitaria, pero también con sectores de la educación, del empleo y la renta, entre otros. Dicha perspectiva oficial de la política pública se considera importante para que sea posible lograr avances en los grados de autonomía de las personas que consumen drogas y sus familias, utilizando menos recursos represivos y más recursos comprometidos con la “defensa de la vida” (Ministério da Saúde, 2003, p11).

Resulta interesante notar los discursos oficiales en la “defensa de la vida” y el lenguaje bélico que van asociados a lo que acabamos de señalar, marcando a la vez la presencia del discurso de “guerra a las drogas” en políticas que dicen presentar un contrapunto a él, supuestamente basadas en la RD como paradigma:

Nunca es demasiado insistir en que es la red – de profesionales, de familias, de organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales en interacción constante, cada uno con su núcleo específico de acción, pero apoyándose mutuamente, alimentándose en cuanto a red – que crea los accesos variados, acoge, deriva, previene, trata, reconstruye existencias, crea efectivas alternativas de **combate** al que, en los usos de drogas, destruye la vida. Este es el compromiso de la Salud: hacer proliferar la vida y hacerla digna de ser vivida¹² (Ministério da Saúde, 2003, p11).

Además, la RD en los discursos oficiales se considera una perspectiva que ayuda a promover la organización de profesionales que actúan en este campo y personas que consumen drogas, contribuye a la revisión de leyes y auxilia a compartir saberes técnicos y populares, creando las condiciones necesarias para la construcción de estrategias sanitarias en el escenario de atención a los problemas relativos al consumo de drogas (Ministério da Saúde, 2003).

Es importante señalar que aunque parezca que la RD en Brasil y en otros países tiene sus orígenes en los marcos gubernamentales del control de la infección por el VIH, ha recibido un profundo impacto de los movimientos sociales, especialmente de personas viviendo con VIH, de lucha por el derecho a la sanidad pública, de reforma psiquiátrica y de lucha antimanicomial, por los movimientos antiprohibicionistas y de lucha por cambios en las políticas sobre drogas (Ministério da Saúde, 2003; Grup Igia, 2000; Martins, 2003; Fonseca & Bastos, 2005; Petuco, 2007). En este sentido, señalamos la importancia de abordar los discursos oficiales respecto a la RD como política pública de sanidad, pero también los discursos no oficiales protagonizados por los movimientos sociales, lo que trataremos de señalar posteriormente.

¹² Traducción del portugués hecha por la autora de la tesis.

No sin tensiones políticas, la RD presentada también en otros tipos de discurso se señala como una posibilidad distinta a las basadas en la abstinencia de drogas como fin último de las intervenciones sanitarias o diferente de lo que proponen las medidas adoptadas respecto al fenómeno de las drogas, que muchas veces son señaladas como rechazos al *acogimiento*¹³ de dicho fenómeno y se configura más como un tipo de “contención social comparable, en su brutalidad, aquellas medidas que en el ideario del manicomio clásico eran la regla” (Petuco & Medeiros, 2009, p.2).

Como hemos dicho, la RD es vista también como un dispositivo político de lucha en la defensa del derecho a la sanidad por colectivos de protagonistas anteriormente silenciados en el movimiento de reforma psiquiátrica de Brasil y en el movimiento brasileño de lucha antimanicomial¹⁴ (Moraes, 2008; Moraes & Barreto, 2012; Petuco, 2012).

Desde esta perspectiva, el llamado *Método Clínico-político de Reducción de Daños* inventa un modo de producir conocimiento y crítica de los lugares instituidos de poder, desde una lógica basada en la proposición de que es necesario conocer para intervenir, y a la vez, intervenir para conocer, proponiendo una forma colectiva de construir prácticas de cuidado en contextos en los que la propia experiencia se tiene en cuenta en la toma de decisión respecto a la “actitud cuidadora” (De Paula Souza, 2007; Moraes & Barreto, 2012).

Otros autores ubicados en la línea de producción de conocimiento que tiene la RD como una clínica-política la nombran como una *clínica audaz* que desarrolla una *escucha radical* que va más allá de una ética neutralizadora, configurándose como un

¹³ La opción de utilizar el término *acogimiento*, traducido del portugués *acolhimento* no puede dispensar una buena explicación del uso del término en Brasil. *Acolhimento* es un término cargado de sentido político que significa mucho más que un momento o una acción específica hacia o junto a alguien. En la Política de Humanización del Sistema Único Sanitario - SUS (Ministério da Saúde, 2004c), el *acolhimento* es una directriz que señala una postura y una práctica, en la atención y en la gestión sanitaria, llevada a cabo desde un análisis de procesos de trabajo, favoreciendo la construcción de relaciones de confianza y compromiso entre equipos y servicios, avanzando en la construcción de alianzas entre personas atendidas, trabajadores sanitarios y gestores/as en la defensa del SUS como una política pública indispensable a la población brasileña (p.7-8).

¹⁴ Nombramos de *reforma psiquiátrica* al movimiento iniciado tras la Segunda Guerra Mundial que tenía como propuesta la reorganización de las prácticas psiquiátricas. Iniciada desde la Psiquiatría Democrática Italiana, se ha difundido por todo el mundo, incluso en Brasil en los años 70 del siglo pasado (Costa-Rosa et. al., 2003; Koda, 2003; Moraes, 2005). El inicio del proceso de reforma psiquiátrica en Brasil ha sido contemporáneo del movimiento sanitario de los años 70 en favor de cambios en los modelos de atención y gestión sanitaria de las prácticas en salud que han resultado, entre otras cosas, en la construcción del Sistema Único de Salud (Brasil, 2005). Aunque a veces aparezcan en algunos textos como sinónimos, el *movimiento de lucha antimanicomial* tiene la especificidad de ubicarse entre los llamados nuevos movimientos sociales y reúne no solamente a trabajadores/as de salud, sino también a personas atendidas en los servicios sanitarios y a sus familiares (Grunpeter et.al., 2007). La *reforma psiquiátrica* es una construcción legal y la *lucha antimanicomial* no lo es, pero fecunda la *reforma* y la hace caminar (Petuco, 2012).

dispositivo de la Reforma Sanitaria brasileña responsable de llevar sus compromisos éticos y estéticos para las personas que consumen drogas (Petuco & Medeiros, 2009).

Una clínica política y audaz es un ejemplo de clínica que permite abordar cuestiones que no se tienen en cuenta en la clínica convencional, ofreciendo respuestas a problemas aparentemente sin solución. Permite la construcción de puentes para que los movimientos y discursos emergentes en el ámbito de la vida tensionen los saberes de las ciencias sanitarias comprometidos con el ideario curativo y el pragmatismo médico-científico que no piensan los contextos de uso de drogas asociados al placer, sino más bien al sufrimiento psíquico (Petuco & Medeiros, 2009). Es una clínica que se realiza en el propio territorio, creando nuevos procesos subjetivos en los territorios geográficos (De Paula Santos, 2007).

En este sentido, hay que considerar el rol asumido por los/las trabajadores/as denominados/as *reductores/as de daños*, los/las principales “operadores/as” de muchas de las acciones en el terreno. Dicha identidad quizás se define por las actividades cotidianas que llevan a cabo y los diferencia de otros/as trabajadores/as sanitarios/as y educadores/as sociales.

Inicialmente, los/las reductores/as de daños eran personas que consumen drogas y habían encontrado una vía diferenciada de acercamiento a las personas de sus comunidades que también tomaban drogas. Así, los/las reductores lograron una condición de sujetos políticos tras sus prácticas profesionales como agentes de la reducción de daños, llevadas a cabo en los PRD. Este proceso ha empezado en el contexto de la infección por el VIH y de involucramiento de poblaciones definidas como integrantes de los llamados *grupos de riesgo* en las prácticas sanitarias (Petuco, 2007).

De este modo, los/las reductores/as salen de la condición de “población atendida” y pasan a tener status de “profesionales sanitarios”, realizando distintas prácticas de cuidado junto a personas que generalmente no acudían a los servicios sanitarios ni eran visitadas por otros profesionales que desarrollaban acciones comunitarias (como los/las agentes comunitarios/as de sanidad, de los equipos de Atención Básica de los Programas de Sanidad de la Familia de Brasil); y prácticas de alejamiento (de profesionales y personas que necesitan de los servicios sanitarios) basadas en el fuerte estigma y exclusión por la que pasaban dichas poblaciones.

Aunque no exista en Brasil como una profesión legalizada¹⁵, los/las reductores/as de daños actúan desde el principio de la utilización de estrategias de RD junto a las personas que consumen drogas, en los locales donde viven o conviven, basadas en el *acogimiento*, en la construcción de vínculos y en la búsqueda de caminos terapéuticos focalizados en los sujetos y no en las drogas o las enfermedades (Petuco, 2007; Petuco & Medeiros, 2009).

Sin embargo, dicho proceso ocurre en un contexto de lucha en el sentido profesional y epistemológico en el que está mezclada no solamente la lucha por los derechos de los/las propios/as reductores/as de daños en cuanto trabajadores/as, sino también la lucha por la propia RD como tecnología de promoción de salud de personas que consumen drogas y por los derechos a la atención sanitaria para las personas que acuden a los servicios. Es justamente en esta red de sentidos y actuaciones políticas donde los/las reductores/as de daños construyen su experiencia e identidad profesional (Rigoni, 2006; Petuco, 2007).

En resumen, hay algo de central en la RD, aunque sea llevada a cabo por diferentes estrategias: el reconocimiento de las personas que consumen drogas como ciudadanas y *partners* en el desarrollo de los programas y acciones, lo que choca con el paradigma prohibicionista y subraya las metodologías participativas sobre las que se basa (Romaní, 2008).

Así que no resulta extraño ver que la construcción de las políticas públicas de RD en Brasil se vincula directamente a la acción militante de los movimientos sociales. Se plantea como una herramienta de rechazo de las formas hegemónicas y tradicionales de intervenir y no establece prácticas de sanidad basadas en la moral o en un rescate de un estado de sanidad ideal, o en normas prescritas. La RD es también un movimiento de resistencia a un discurso y una práctica dominante y una forma de construcción de la ciudadanía de personas consideradas “al margen” debido al consumo de drogas (Nardi y Rigoni, 2005).

Por lo tanto, también nos interesa señalar los discursos *no oficiales* respecto a la reducción de daños que se han producido en el proceso de fortalecimiento del llamado *movimiento brasileño de reducción de daños*, que apunta no solamente a la RD como una *tecnología del cuidado*, sino también como un punto de aglutinación

¹⁵ Algunas ciudades de Brasil han creado una categoría de agente sanitario de reducción de daños en convocatorias para empleo público, sin embargo, todavía no ha sido reconocida oficialmente la profesión por el Ministerio del Trabajo y Empleo y no forma parte de la Clasificación Brasileña de Ocupaciones (CBO).

política que reúne a personas desde varias posiciones (consumidores de drogas, profesionales de salud – reductores/as de daños y otros, activistas de otros movimientos sociales) (Petuco, 2007).

Aquí asumo el habla en la primera persona para decir que además de investigadora que lleva a cabo esta tesis, he participado en el proceso de construcción del movimiento de RD en Brasil, de modo que lo que trataré de señalar ha sido vivido y determinado desde el “ojo del huracán”, por así decirlo¹⁶. Creo necesario explicitar tales experiencias no solamente para señalar mi participación directa en la producción de muchos de los sentidos producidos en estos escenarios, sino también para marcar que el proceso está cargado de miradas desde distintos lugares y de una aproximación al “campo” anterior a la realización de la propia investigación doctoral.

Analizamos que sólo en la segunda mitad de los años 2000 ha sido posible hablar de un movimiento social de reducción de daños en Brasil, desde una especial influencia de dos redes nacionales, la ABORDA (Associação Brasileira de Redutoras e

¹⁶ Como hemos señalado en el apartado A, a principios de los años 2000, participé en la creación de una red de RD local organizada por la sociedad civil, en el Estado de Pernambuco, formada por 185 municipios, con 8.541.250 habitantes (IBGE, 2010). Nombramos Rede Pernambucana de Redução de Danos a la que ha sido creada como resultado de un gran encuentro internacional llamado Seminario Itinerante Latino Americano (SILA) sobre drogas y comportamiento de riesgo realizado en la ciudad de Recife, en el que participaron expertos en RD del país y del extranjero (investigadores y representantes de movimientos sociales). Una de las primeras acciones de la Red ha sido la construcción del Documento Marco de Reducción de Daños para Pernambuco, construido con base en un importante documento español producido por el Grup Igia de Barcelona, llamado Documento Marco sobre Reducción de Daños (Grup Igia, 2000). La Red se ha ido concretando en este escenario político-cultural favorable, que entre otras cosas, generó otro evento importante en Recife: la 1ª Conferencia Internacional sobre Alcohol y Reducción de Daños, llevada a cabo en el año 2002, en la que participaron representantes de las principales asociaciones y redes nacionales e internacionales de RD, además de autores importantes sobre el tema, como Alan Marlatt (Estados Unidos), Pat O’Hare (Italia), Ernst Buning (Holanda), Beatriz Carlini (Estados Unidos), Francisco Inácio Bastos (Brasil), Antônio Nery (Brasil) y Tarcisio Andrade (Brasil). Los dos eventos han tenido como principal articuladora a la ONG Centro de Prevenção às Dependências y su coordinadora Ana Glória Melcop. Yo participaba en la Red como representante del Instituto PAPAÍ, ONG en la que actúo desde 1998. Coordiné la Red Pernambucana de Reducción de Daños por 04 años, junto con representantes de otras organizaciones (de 2002 a 2006). Aún en 2000 ayudé a crear y coordiné durante 2 años, junto con Marcílio Cavalcanti, la primera asociación de personas que usan drogas de Brasil, la Se Liga – Associação de Usuários de Alcool e outras Drogas de Pernambuco. La Se Liga y la Rede Pernambucana han desarrollado importantes acciones de RD en Pernambuco y estimulado la realización de otras organizaciones y acciones semejantes, en otras partes del país. En 2006, pasé a ser vicepresidente de la red nacional más grande de reducción de daños, la ABORDA. La gestión ha sido electa en asamblea con asociados de todo el país, y la hemos nombrado *Diversidade e Participação*. He estado en la gestión de la ABORDA por 02 años, junto con Denis Petuco, Elandias Bezerra, Fátima Machado, Lourdes Alecrin e Maria do Carmo Lachimia. Nuestra gestión ha desarrollado un proyecto nacional llamado Roda Brasil de articulación de saberes y prácticas de RD, ampliando la participación de representantes de Estados de las regiones más pobres del país (Norte y Nordeste) y el número de asociados, y llevando a cabo importantes actuaciones políticas en la defensa de la RD y de los/las reductores/as de daños. También empezamos discusiones referentes al género en la ABORDA, lo que resultó, entre otras cosas, en un cambio en el nombre de la Red, que ha pasado a llamarse Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (anteriormente llamada Associação Brasileira de Redutores de Danos) y en la divulgación de un documento político el 08 de marzo de 2007, titulado “Dia 8 de Março: unificação das bandeiras pela transformação do mundo”, tratando de la necesidad de diálogo entre los Movimientos Feminista y de Reducción de Daños (Moraes, *et. al.*, 2007). En 2010, ya viviendo en Barcelona para hacer el doctorado, participé virtualmente en la construcción de otro colectivo del movimiento social que inicialmente nombramos Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Redução de Danos, resultado de críticas que hemos hecho a la actuación nacional de las dos principales redes. Sin embargo, el colectivo no ha asumido oficialmente una identidad, después de varios intentos de nombrarla. Lo que ahora hace es una articulación virtual en un *e-group* llamada Drogas e Cidadania.

Redutores de Danos) y la REDUC (Rede de Redução de Danos e Direitos Humanos) y de otras organizaciones regionales semejantes. La construcción de una Plataforma Política del Movimiento (en 2008), como intento de lograr una existencia política nacional más unificada y coherente, se ha señalado como el marco de existencia del movimiento (Moraes *et. al.* 2011).

La REDUC fue creada en 1998, el año siguiente a la creación de la ABORDA. Tenía objetivos amplios que iban desde la discusión científica del impacto social de la RD, hasta el apoyo de iniciativas de políticas públicas dirigidas a las personas que consumen drogas. Para algunos autores, la REDUC es una red formada por varias categorías profesionales que apoyan la RD como tecnología de cuidado y no solamente por reductores/as, y la ABORDA es una red eminentemente de reductores/as de daños (Petuco, 2007).

La ABORDA, considerada la red nacional más grande articulada en torno a la RD, fue creada en 1997, pero su objetivo principal se concibe de forma distinta por diferentes autores. El objetivo aparece como capacitar y articular los Programas de Reducción de Daños (De Paula Souza, 2007), y defender la dignidad de los/las reductores de daños y el derecho de las personas que consumen drogas (Petuco, 2007). Aunque uno no excluya el otro, dichos objetivos señalan diferentes focos de mirada hacia la finalidad de existencia de la red y no hemos encontrado un documento fundacional que explicita su propuesta inicial.

Algunas de las justificaciones que hemos encontrado para los cambios que la ABORDA ha experimentado a lo largo de su existencia están relacionadas con la necesidad de involucrarse en la defensa de las políticas y de la tecnología de reducción de daños por los ataques a la propia idea de RD (Petuco, 2007) y ha llamado a los/las reductores/as de daños y personas que consumen drogas a organizarse políticamente creando diversas organizaciones por todo Brasil (De Paula Souza, 2007).

Aunque no supusiera en aquel momento la existencia de un movimiento social de reducción de daños, sino más bien un método de RD que se construye vinculado a otros dos movimientos sociales sanitarios estructurados (el de Sida y el de Reforma Sanitaria), De Paula Souza (2007) señala la importancia de la consolidación de la ABORDA como una red que ha generado un nivel de producción de políticas de RD que ni estaba reducida al segmento *underground* ni al gubernamental. Justamente, la conexión de los dos segmentos ha tornado posible la inclusión de grupos

considerados “minoritarios” en un circuito de relaciones en el que el método de la RD asume objetivos mas amplios accionados por nuevos dispositivos de gestión y atención (De Paula Souza, 2007).

Aún en el mismo año en el que el estudio arriba referido ha sido terminado, ha empezado otro proceso de articulación nacional generado por el llamado Proyecto RoDa Brasil, desarrollado por la ABORDA con apoyo del Ministerio de la Sanidad de Brasil y de la UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). Desde aquel entonces, la ABORDA va ganando una identidad colectiva como reestructuradora del movimiento nacional de reducción de daños. Los objetivos del proyecto han sido “producir datos para pensar estratégicamente la RD, articular políticamente los actores sociales que componen el movimiento brasileño de RD, contribuir a la reflexión, promoviendo formación política crítica, comprometida con los principios de la RD y de las reformas sanitaria y psiquiátrica”¹⁷.

De nuevo, empiezo a hablar en primera persona, recuperando la memoria de la experiencia que viví en cuanto participante del proceso de creación, implementación y evaluación del Proyecto RoDa Brasil. Ha sido posible acompañar muchos cambios en el sentido de estructuración del llamado movimiento social de RD desde la realización de dicho proyecto. Uno de los resultados de dicho proceso ha sido la construcción de una Plataforma Política del Movimiento Brasileño de Reducción de Daños, con líderes locales/comunitarios, personas que consumen drogas y trabajadores/as de áreas relacionadas con las drogas (incluyendo los/las reductores/as de daños) de todo el país. La Plataforma ha sido (y continúa siendo) un importante instrumento de organización y explicitación de las banderas de lucha política del movimiento.

Sin embargo, lo que hemos visto actualmente es, por una parte, un debilitamiento del movimiento nacional de reducción de daños, y por otra parte, otros colectivos ganan fuerza en el escenario de las luchas relacionadas con las drogas, como la Marcha de la Marihuana que en Brasil ha reunido a muchas de las personas que antes formaban parte del movimiento de RD.

Desde un análisis del fenómeno de crecimiento de la Marcha de la Marihuana en Brasil, algunos autores señalan que parece haber una necesidad política actual de hablar sobre temas relacionados con las drogas que hace a la gente salir de los guetos y comunicarse con la sociedad de forma amplia, e Internet parece cumplir el

¹⁷ Texto original del Proyecto Roda Brasil desarrollado por la ABORDA (2006).

importante rol de facilitar la conexión de estos pequeños guetos y los cambios de saberes clandestinos (Medeiros & Cecchin, 2011). Teniendo en cuenta que los autores que acabamos de nombrar también forman parte del movimiento de RD, es posible suponer que lo que plantean es que dicho movimiento en determinado momento histórico-político no ha sido suficiente para satisfacer dichas demandas.

Otro hecho que analizamos, y que está relacionado con el debilitamiento del movimiento de RD, es la pérdida de su capacidad de movilización política y de inclusión de personas que consumen drogas como sujetos políticos, que en gran parte estaba marcada por la acción comunitaria de los/las reductores/as de daños con las características que señalamos: personas que consumen o consumían drogas y gestionaban sus usos para poder contribuir como trabajador/a de la RD en el terreno.

Otros autores consideran algunos retos político-institucionales a la continuidad del movimiento de RD y señalan que el proceso de debilitamiento del movimiento de RD empezó en los años de 2004, cuando muchas asociaciones paralizaron sus actividades por la falta de financiación y por la discontinuidad e inestabilidad de las políticas de préstamo del Programa de Sida del Ministerio de la Sanidad de Brasil. De todos modos, antes de la retirada o inconstancia de la subvención, el hecho de que se creara la Política de Atención Integral a la Sanidad de Usuario de Alcohol y Otras Drogas (Ministério da Saúde, 2004) en 2003 generó cambios importantes con el proceso de migración de la RD del campo exclusivo de las políticas de Sida hacia los Centros de Atención Psicosocial Alcohol y otras Drogas - CAPSad, que no han aglutinado fuerza para la RD institucionalmente (Passos & Souza, 2011).

En la medida en que muchos de los proyectos de RD, llevados a cabo predominantemente por Organizaciones No-gubernamentales - ONG, dejan de ser apoyados por el Ministerio de la Sanidad, y la RD pasa a ser incorporada a la esfera pública gubernamental, dichos colectivos van perdiendo fuerza y algunos cierran sus actividades. La propia ABORDA actualmente pasa por problemas para mantenerse en actividad.

Es importante decir que las ONG han tenido un importante rol en el recorrido de la RD en Brasil pero, la creación de las redes de RD y el involucramiento de los/las reductores/as de daños generó una relación paradójica con el Estado porque al mismo tiempo recibían financiación del Estado y luchaban contra una política antidrogas hegemónica en la máquina gubernamental (Passos & Souza, 2011).

Además de los avances de la Marcha de la Marihuana, en Brasil se ha creado otro colectivo inicialmente llamado *Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Redução de Danos*, que ha tenido su primera reunión no-virtual en la Conferência Nacional de Saúde Mental¹⁸, realizada en junio de 2010, en Brasília (Moraes, 2010).

En la expectativa de la gente que acudió a la primera reunión, la red tenía dos funciones principales: permitir el intercambio de informaciones y experiencias que califican las prácticas cotidianas e intervenir en la producción de políticas para las personas que consumen drogas (Petuco, 2011). Sin embargo, lo que pasa ahora es que el colectivo no ha llagado a un acuerdo respecto a su denominación y hoy opera como un grupo virtual llamado *drogas e cidadania*.

2.4.2 El Sistema Único de Sanidad de Brasil (SUS)

Saltando otra vez de los discurso no-oficiales de políticas públicas de RD a los oficiales, creemos necesario detallar el Sistema Único de Sanidad de Brasil (SUS), no solamente porque la política de RD se nos presenta como inserta en el contexto del referido sistema, sino también para guiar nuestro conjunto de sugerencias hacia un modo generizado de comprender e intervenir en el contexto de las políticas de RD, en el apartado final de la tesis.

El SUS es un sistema público, nacional, descentralizado y jerarquizado en la prestación y desarrollo de servicios y acciones de sanidad, es decir, coexisten subsistemas en cada provincia y municipios. Supone funciones distintas de cada uno de los sectores (nivel nacional, de provincia y de municipio). La gestión federal es responsable de la gestión nacional, de la integración y armonización entre la provincia y municipio, además de proveer condiciones e incentivar gestores de provincias. Su rol consiste en normalizar y coordinar el sistema a nivel nacional, incluso evaluar y hacer auditoría. Las provincias o estados hacen la gestión, la armonización y la integración de las acciones de los municipios que pertenecen a cada Estado. Hay también que proveer condiciones e incentivar a la instancia municipal a desarrollar acciones que están bajo su responsabilidad. El municipio está al nivel operativo del sistema. Es, por lo tanto, el municipio el que ejecuta las acciones concretamente (Ministério da Saúde, 2000).

¹⁸ Como veremos a continuación, las Conferencias Sanitarias en Brasil son espacios en los que participan representantes de diversos segmentos de la sociedad, destinados al análisis de los avances y retrocesos del Sistema Único de Sanidad - SUS y a la proposición de directrices para la formulación de las políticas sanitarias.

Las principales directrices del SUS son universalidad, integralidad, equidad, regionalización y jerarquía de la red, participación social y control social. Universalidad porque comprende la salud como un derecho de todas las personas y una obligación del Estado, a través de la provisión de servicios y acciones que la garanticen. La directriz de integralidad señala que la atención debe tener en cuenta las necesidades específicas de personas y grupos de personas. La equidad intenta reducir las disparidades sociales y regionales, “buscando el equilibrio” (Ministério da Saúde, 2000, p. 26). La regionalización y jerarquía de la red, de las acciones y servicios sanitarios, se refiere a la división geográfica del país y a las especificidades de condiciones de salud de estas regiones, y los niveles de gestión del Sistema (del federal al local o municipal).

Para garantizar la participación social hay instancias como las Conferencias y los Consejos de Sanidad, que son deliberativos y paritarios, es decir, que la sociedad civil, los profesionales y los gestores, participan en las decisiones y en igual proporción. El control social se refiere a que es la población organizada quien debe “controlar” el Sistema a partir de estas instancias de participación popular (Ministério da Saúde, 2000).

Todas las directrices están articuladas y vinculadas unas a las otras, de forma complementaria, para garantizar el pleno funcionamiento del Sistema.

Aquí es interesante comprender mejor dos principios o directrices: la integralidad y la equidad. ¿Qué es la integralidad o atención integral? La Constitución Brasileña de 1988, conocida como Constitución Ciudadana, presenta el reconocimiento de la Salud como un derecho de toda la gente y un deber del Estado. Es decir, es responsabilidad del Estado garantizar la sanidad, a través de políticas sociales y económicas dirigidas a la “reducción de riesgos de enfermedades y de otros problemas” y también “el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación” (Mattos, 2001).

La integralidad, además, no es solo una directriz del SUS. Es considerada también una “bandera de lucha” de los movimientos sociales, por el derecho a la atención en salud, pública y para todas las personas (Mattos, 2001).

Otro conjunto de sentidos de la integralidad tiene relación con la configuración de políticas específicas, llamadas también políticas especiales, dibujadas específicamente para resolver determinados problemas sanitarios de determinados

grupos de población. Por ejemplo, las demandas sanitarias específicas de las mujeres, denunciadas por el movimiento feminista, han influenciado la elaboración de un Programa de Atención Integral de Salud de las Mujeres, en el ámbito del Ministerio de la Sanidad. Subyacente a este programa se encontraba una crítica al modo como las cuestiones y los problemas sanitarios de las mujeres eran tratados en las políticas y servicios sanitarios. Los problemas sanitarios de las mujeres se concebían de forma reduccionista, sin tener en cuenta los contextos culturales y las distintas formas de dominación, que generan especificidades del proceso de salud-enfermedad. Tampoco las acciones sanitarias señalaban una perspectiva de emancipación o superación de las dominaciones (Mattos, 2001).

Por otra parte, como hemos visto anteriormente, la Política Brasileña de Atención Integral a la Salud de los Hombres – PNAISH (Ministério da Saúde, 2009a) también lleva el rótulo de *atención integral*, tal como sucede con la Política de Atención Integral a la sanidad de las personas que consumen alcohol y otras drogas (Ministério da Saúde, 2004a) y todo el resto de políticas de atención sanitaria en Brasil.

El término “integral” señala la ampliación del horizonte en el cual los problemas sanitarios deben ser pensados. Así, la integralidad se considera algo que propone una superación de un problema en la formulación de políticas públicas: la reducción de sujetos a objetos descontextualizados, sobre los cuales inciden las políticas (Mattos, 2001).

Por otra parte, la equidad aparece como sinónimo de igualdad en documentos técnicos y normativos relacionados con el Sistema Único de Sanidad de Brasil - SUS. Desde el punto de vista etimológico, la noción de equidad admite la posibilidad de atender desigualmente a los que son desiguales, priorizando aquellos que más necesitan para poder de este modo alcanzar la igualdad (Paim, 2010)

Así, el SUS ha sido defendido como una política fundamentalmente universal, pero que puede contemplar progresivamente la equidad. Al ser universal, el sistema utiliza una estrategia para garantizar una atención sanitaria de calidad a las clases sociales más pobres como una manera de ejercitar la equidad. En resumen, en el SUS la universalidad supone que todos los brasileños tengan acceso igualitario a los servicios sanitarios; la equidad posibilita la concreción de la justicia; y la integralidad refuerza las acciones intersectoriales y la construcción de una nueva gobernanza en la gestión de las políticas públicas (Paim, 2010).

2.4.3 En resumen: el género y el discurso respecto al riesgo en las políticas de RD

Aunque las políticas de RD se nos presentan como distintas de otras políticas preceptivas en el escenario de atención a los problemas relacionados con el consumo de drogas, está llena de un discurso sobre el riesgo en *interface* con los estilos de vida. En este sentido, están marcadas discursivamente por la valorización del autocontrol, y supone una monitorización y una responsabilidad personal por su situación sanitaria, basada en la posibilidad de tomar decisiones “conscientes” (Menegon, 2003).

Desde dicha perspectiva, la decisión de enfrentar riesgos está relacionada con otro lenguaje social, el de los derechos, que incluye la noción de autonomía, también llena de sentidos asociados a las responsabilidades, como señala Menegon (2003) al estudiar los riesgos de la reproducción asistida: la responsabilidad de los profesionales en comunicar riesgos y daños relacionados con las prácticas adoptadas; la responsabilidad de las personas atendidas al decidir correr los riesgos y asumir los daños que pueden ser provocados.

Pero, aunque hemos señalado en este apartado las múltiples articulaciones entre las políticas de RD y la noción de derechos, sea el derecho a la sanidad pública, sea el derecho al uso de drogas, el tema se nos presenta todavía muy complejo. Dicha complejidad reside principalmente en el hecho de que las tendencias señaladas promuevan las luchas políticas de movimientos sociales que tensionan las bases sociales y los cambios en las políticas sobre drogas, pero no ganen fuerza (o lo hagan poco) en la producción de otros sentidos para la relación entre riesgos y usos de drogas en la actividad cotidiana de los servicios sanitarios, fuertemente marcada por el discurso de “guerra a las drogas” y todo el conjunto de modos de pensar e intervenir que tienen la abstinencia como orientación general, como hemos señalado.

Además de estar marcado por las construcciones discursivas de la “guerra a las drogas”, el discurso de las políticas públicas respecto a las drogas, tal como sucede en otras políticas sanitarias, parece organizarse alrededor de lecturas cuantitativas de la epidemiología clásica, basadas en la noción de riesgo y en la perspectiva de gestión disciplinar de la vida, en la que la cara positiva del riesgo no se tiene en cuenta (Medrado *el. al.*, 2010; Spink, 2001).

Siguiendo nuestro camino de articulación de dichas discusiones, retomamos dos importantes documentos oficiales de políticas públicas de sanidad en Brasil, para decir que: 1) en la Política del Ministerio de Sanidad para la Atención Integral a las personas que consumen Alcohol y Otras Drogas, de 2004, no hay propuestas de acciones específicas para hombres o referencia a la socialización masculina como uno de los factores determinantes de las condiciones sanitarias; 2) la Política de Atención Integral a la Salud de los Hombres¹⁹, de 2008, tampoco refleja claramente las propuestas de vínculo entre la red de atención integral a la sanidad de los hombres y lo que está señalado como modos de trabajar junto a los hombres (Moraes, 2011c) y solamente cuantifican la relación entre usos de drogas y violencia, además de la prevalencia epidemiológica del consumo abusivo de dichas sustancias entre los hombres (Ministerio da Saúde, 2009a).

Pero, como puntualizan distintos/as autores/as, no es suficiente solamente entender el efecto de los números en la formulación de las políticas, sino que se debe comprender más bien como un discurso basado en los números que construye legitimidad y produce realidades y sujetos, del mismo modo que la posición no marcada de sujeto de las políticas también produce verdades (Spink & Menegon, 1999; Medrado et. al. 2010).

Como hemos señalado en el apartado B, en la formulación de políticas públicas de sanidad dirigidas a la gente que usa alcohol y otras drogas, a los hombres se les ha constituido una posición de sujeto no marcada, resultado de relaciones de fuerza que han dificultado la construcción de otros posibles en el contexto de la atención sanitaria (Moraes, 2008; López, 2006).

En las políticas que observamos parece que existen lo mismo que en la política de atención a la salud de los hombres: un modelo general de sujeto generado por los estudios epidemiológicos que excluye otras posibilidades de sujeto e ignora singularidades, atribuyendo poca relevancia a informaciones relativas a determinantes sociales y económicos desde una perspectiva de raza/etnia y género que contemple otras masculinidades (Medrado *et. al.*, 2010; Quirino, 2012). Dichas generalizaciones dificultan la construcción de modos de comprensión y acción que contemplen las especificidades y las múltiples formas de estar en el mundo.

¹⁹ Aunque la Política de Atención Integral a la Salud de los Hombres no sea una política en el campo de los usos de drogas, presenta el tema como relevante para la atención a los hombres, así que nos pareció oportuno tomarla en consideración en nuestras discusiones.

Nos interesa mirar, entonces, los discursos sobre el género que hay en las políticas de RD y que definen a los sujetos de la intervención como “hombres” bajo una mirada de género comprometida ética y políticamente con la genealogía de la epistemología y los movimientos feministas (Cabruja, 2008; Medrado y Lyra, 2009), como hemos señalado anteriormente.

Nos parece indispensable hacer una correlación analítica entre la perspectiva feminista de género que tomamos y las políticas públicas sanitarias respecto a las drogas con el enfoque de la reducción de daños, para lograr hacer contribuciones hacia un modo generizado de comprender e intervenir en este “campo”, que tenga en cuenta las especificidades sin reproducir los roles de género, y que incluya la dimensión de género como estructuradora de las relaciones de poder.

No es demasiado decir nuevamente que partimos de la necesidad de comprender cómo el género estructura las relaciones y se “expresa” en la forma en que las personas actúan en el mundo. Sin embargo, como las desigualdades también se generan por clase, etnia, edad..., es posible que los roles de género ayuden a reproducir tales desigualdades y opresiones (Scott, 1990; Margot Pujal i Llombart, 2005).

Ubicar la discusión sobre los hombres y las masculinidades en las políticas públicas de RD bajo una mirada feminista de género también resulta importante, entre otras cosas, porque el modo de ver los problemas sanitarios de los hombres está afectado por el discurso médico-científico que se centra en las prácticas de riesgo asumidas por algunos de ellos, en oposición a los “hábitos de vida saludables”, como relacionadas con unas masculinidades que utilizan el cuerpo y la genitalidad como expresión de virilidad y hombría. Pero, son estas mismas construcciones discursivas las que relacionan a los hombres con el poder y el prestigio, en grados y formas variables de acuerdo con su clase social, etnia, etc. (Esteban, 2006; Carrara et. al., 2009).

En el campo de las drogas, esto parece de modo aún más fuerte. Como hemos dicho, el discurso de “guerra a las drogas” marca la construcción de las políticas públicas sanitarias en Brasil dirigidas a las personas que toman drogas, y la RD justamente va a tener un rol importante al tensionar dichas construcciones.

La naturaleza selectiva del proceso de criminalización (Éfrem Filho, 2010), en el caso de las drogas ilegales, se considera generadora de impactos importantes en la

vida concreta de hombres y en sus condiciones sanitarias. Sin embargo, la intencionalidad política que encuadra un acto como crimen no es siempre la protección de las personas como imaginamos, sino más bien la obtención de una disciplina social, hacia el mantenimiento y la reproducción valores e intereses de las clases dominantes (Karam, 2003; Moraes, 2010).

En el caso de las drogas, son muchos los daños generados por la ilegalidad. La producción de delincuencia relacionada con las drogas ilegales se señala como promotora de la mortalidad de hombres jóvenes negros y pobres, además de constructora de sentidos respecto a los hombres y las masculinidades no solamente ante las instituciones jurídicas, sino también en las sanitarias, al cumplir su rol de “mantenimiento del orden” (Éfrem Filho, 2010; Moraes, 2010).

En los contextos de precariedad de la vida y de banalización de la muerte, parece evidente que hay “vidas que importan” y “vidas que no importan” (Butler, 2010), ideas que nos ayudan a pensar en los impactos de la muerte de inocentes o ciudadanos por un lado, y de las “almas sebosas²⁰” por otro, en la producción de discursos basados en la ética punitiva que forman parte del campo de las drogas y construyen sentidos respecto a los hombres que usan drogas, en la atención sanitaria.

Por otro lado, Butler (2010) propone una salida cuando dice que la guerra también acaba apuntando hacia la libertad de alguna manera, especialmente cuando evidencia la necesidad de construir una resistencia a la precariedad de la vida, al racismo y a la fuerza violenta del Estado.

Quizás las políticas de RD, aunque estén marcadas por las construcciones discursivas que ellas mismas critican, cumplan también un rol semejante cuando tensionan y figuran como un método de resistencia a los modos autoritarios y generalizadores de pensar e intervenir respecto a los hombres que consumen drogas.

²⁰ Término peyorativo comúnmente utilizado por la prensa brasileña y la población más pobre, especialmente del nordeste de Brasil, para referirse a los bandidos y criminales. En el diccionario informal encontramos: “Alma sebososa: (Regionalismo, Brasil, Nordeste) mal elemento, persona nociva a la sociedad, tal como ejemplo, un ladrón o un estuprador”. http://pt.wiktionary.org/wiki/alma_sebososa (Moraes, 2010).

Cambiantes

Estrela do mar (ou Mar istela)²¹

*Estou em mim mesma para lembrar quem eu sou
Para refazer-me e transformar-me na medida em que lembro
Para iniciar um processo de busca por mim*

*Estou em mim mesma para por mais vida ao corpo delgado
Para por cor na carne branca e “pura”
Para sentir na pele a necessidade de vida e colorido*

*Estou em mim mesma para marcar para sempre essa existência
Para deixar no corpo vivo o que foi feito por minha vontade
Para ter em mim uma representação de outra eu que não está*

*Estou em mim mesma para trazer para perto do mar
Para que algo da vida dali faça parte de mim agora
Para que o corpo estranho no meu próprio corpo me aproxime de mim*

*Estou em mim mesma para me inventar, fazer diferente
Para saber que esse eu que busco é nada mais que o processo de ser
Para viver sendo e me inventando, a cada passo em busca de “mim”*

*Estou em mim mesma porque quero marcar este início-meio
Para reafirmar, a cada olhada no espelho, que me refaço
Para de longe olhar os caminhos escolhidos e poder mudar de rota*

*Estou em mim mesma porque o tempo é rei de tudo
Para lembrar que ele é relativo, ainda que apareça como escravizante
Para não ousar controlar-lo, mas tampouco submeter-me a ele*

*Estou em mim mesma porque a existência é curta
Para tornar essa passagem pelo mundo definitiva e comum
Para lembrar que quero mudar o mundo, mas sou igual a todas as outras pessoas*

*Estou em mim mesma porque quero estar livre para pensar
Para viver meu próprio ritmo, para saber o que é ter tempo livre
Para pensar e viver, viver e pensar, sem tantas algemas de agendas*

*Estou em mim mesma para olhar para mim
Para estar comigo
Para buscar e ser eu!
Estou em mim!*

²¹ Tatuada en el cuerpo.

3. PARTE C – Marcos epistemológico-metodológicos: desde algunas críticas a la producción de conocimiento hasta los caminos metodológicos elegidos

El estudio se sitúa en la perspectiva discursiva, basada y orientada por las contribuciones construccionistas a la Psicología Social, por la noción de discurso como práctica social y por el giro lingüístico, que considera la ruptura epistemológica lingüística generada por la investigación social basada en la deconstrucción y reconstrucción del sentido, articulando la información y la significación (Ibáñez, 1979 y 1994; Iñiguez, 2006; Rorty, 1967).

El estudio está ubicado, por lo tanto, en lo que Ibáñez (1979) llama de ruptura epistemológica del lenguaje, caracterizada por: 1) la renuncia a la separación entre sujeto y objeto, de la objetividad absoluta, en la que la persona que investiga asume una “función-sujeto” en la que la información se traduce en sentido y pone a la persona que investiga en primer plano, tomando para sí las implicaciones teóricas y epistemológico-políticas de este modo de situarse, de este “formar parte” del mismo orden de realidad que investiga; 2) el rechazo de la idea de que lo empírico y lo teórico están apartados, sino que más bien consideramos que hay nuevas relaciones posibles entre la actividad de construcción teórica y la actividad de constatación empírica; 3) la mirada hacia el lenguaje como instrumento y como objeto de la investigación, la renuncia a la ilusión de la transparencia del lenguaje.

Se asienta en la perspectiva teórico-metodológica de prácticas discursivas y producción de sentido (Spink y Frezza, 1999) que propone un modo de dirigir la mirada hacia los fenómenos sociales, enfocando la tensión entre universalidad y particularidad, entre consenso y diversidad, con vistas a la producción de una herramienta útil a la transformación del orden social.

A partir de esta perspectiva, nos interesa especialmente entender las prácticas discursivas y los repertorios utilizados en las producciones discursivas respecto a los hombres y las masculinidades en las políticas públicas de sanidad de Brasil, dirigidas a las personas que consumen drogas.

Suponemos importante aún el ejercicio de pensar las implicaciones de una mirada objetiva y parcial en la producción de conocimiento, desde dentro y no desde fuera, en la que las aproximaciones con el tema de estudio son una relación social de conversación llena de poder (Haraway, 1995).

Utilizaremos algunas autoras que hacen críticas feministas semejantes a las que lo hacen desde la perspectiva construccionista al proyecto de ciencia moderna, en especial: 1) el antiesencialismo que señala los procesos de construcción social de las personas y del mundo del que forman parte (Íñiguez, 2005) y 2) la capacidad transformadora de la teoría social, la importancia de la toma de conciencia de la dimensión política de la producción de conocimiento (Gergen, 1989) y las implicaciones e impactos del conocimiento producido (Íñiguez, 2003).

Las aproximaciones entre los proyectos epistemológicos feminista y de la psicología construccionista son importantes en nuestro estudio porque abren la posibilidad de proponer nuevas miradas hacia los retos que señalamos en las políticas de sanidad al tener en cuenta el género, articulado en las críticas a las formas de producción científica tales como las tradiciones del giro lingüístico.

3.1 La perspectiva construccionista

Las reflexiones construccionistas han generado un gran impacto en la psicología al proponer una crítica a los presupuestos de la ciencia moderna y la racionalidad universalista, y al intentar construir una nueva sensibilidad científica, en un momento histórico de crisis en las ciencias sociales en los años ochenta del siglo pasado, fundamentada por los cuestionamientos del esencialismo y de la búsqueda de realidades preestablecidas (Íñiguez, 2005).

Mary Jane Spink y sus colaboradores/as (1999) dicen que, para ubicar la perspectiva construccionista y entender sus posiciones frente a la producción de conocimientos, hay que traer el debate respecto a la *modernidad tardía*, contexto generador de algunas desmitificaciones que nos hacen comprender, por ejemplo, la desmitificación de la propia ciencia, que supone dos movimientos: el cuestionamiento de las bases del conocimiento a nivel de la epistemología y el cuestionamiento de los productos de la ciencia, que trae a la luz el tema de la gestión de riesgos.

Seguendo las ideas de Ulrich Beck (1993), se reafirma que la transición a la modernidad tardía (o reflexiva) cambia el foco de la preocupación con el “gobierno” de las poblaciones hacia el control de los riesgos, incluso los riesgos del propio desarrollo de la ciencia y de la tecnología, por ejemplo.

La reflexividad, por lo tanto, una de las características de la modernidad tardía señaladas como fundamentales para el argumento construccionista, se encuentra en el debate moderno respecto a la ciencia y conforma una apertura para la revisión de las practicas establecidas, a la luz de nuevas informaciones, señalando la necesidad de rever conceptos y proponer nuevos (Spink, 1999).

Por lo tanto, la adopción de una postura construccionista exige fundamentalmente dos tipos de deconstrucciones: 1) de la dicotomía sujeto-objeto y sus consecuencias en lo que se entiende por mundo, conocimiento, naturaleza humana y metodología; 2) la deconstrucción de la ‘retórica de la verdad’ (Ibáñez, 1994), o sea, de un tipo de legitimación de todo lo asociado al ‘método científico’ que supone una verdad transcendental. En este sentido, la verdad es la verdad de nuestras concepciones, de nuestras instituciones, relaciones y acuerdos sociales.

En las palabras muy claras de Lupicinio Íñiguez (2005):

Podríamos decir que los elementos que definen una posición construccionista son: antiesencialismo (las personas y el mundo social somos el resultado, el producto, de procesos sociales específicos); relativismo (la “Realidad” no existe con independencia del conocimiento que producimos sobre ella o con independencia de cualquier descripción que hagamos de ella); el cuestionamiento de las verdades generalmente aceptadas (el continuo cuestionamiento de la “verdad”, poniendo en duda sistemáticamente el modo cómo hemos aprendido a mirar el mundo y a mirarnos a nosotros mismos); determinación cultural e histórica del conocimiento, y el papel conferido al lenguaje en la construcción social (La realidad se construye socialmente y los instrumentos con los que se construye son discursivos) (p.2).

Las ideas iniciales del “construccionismo social” señalan que los términos bajo los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales y productos de cambios, históricamente situados, entre las personas, intentando explicar los procesos a través de los cuales las personas describen, explican y dan cuenta del mundo en el que viven (Gergen, 1985), por lo tanto, supone una postura crítica de cuestionamiento de lo “natural”, de la “verdad”, destacando el carácter de construcción socio-histórica de los acontecimientos, (Gergen, 1989).

La perspectiva construccionista, no representa una teoría, sino como una sensibilidad, un movimiento, una postura crítica frente al mundo. No es una escuela, sino una orientación que contiene aportes en distintos campos (Ibáñez, 1990; Íñiguez,

2005; Mélló et al, 2007), que ha sido capaz de combinar y estructurar distintos desarrollos y propuestas de las ciencias sociales y humanas para elaborar una alternativa a los modos tradicionales del “hacer” psicosocial, planteando sustituir la cognición por el lenguaje y el dualismo tradicional sujeto/objeto y el carácter socialmente construido de las cosas, sea de la ciencia, sea de la verdad (Gergen, 1985).

Para Ibáñez (1989), la orientación construccionista tiene como elementos indispensables el reconocimiento de la naturaleza simbólica e histórica y del carácter dialéctico de la realidad social; la importancia de la reflexividad en la producción de conocimiento; el reconocimiento de la agencia humana.

A la tríada interacción-construcción-significado se le añaden las dimensiones espacial y temporal, así cómo la variación cultural e histórica de los modos de interacción, construcciones y significados. La realidad es, por lo tanto, un producto constituido y, al mismo tiempo, una entidad constituyente de las interacciones sociales (Ibáñez, 1989).

Del construccionismo social de Gergen hasta las críticas actuales a los límites de la perspectiva construccionista que llevarían al llamado postconstruccionismo (Íñiguez, 2005), otras perspectivas críticas como el feminismo y la teoría queer, o los aportes de la Actor Network Theory (ANT) por ejemplo (Spink, 2003), han añadido nuevas preguntas o señalado diálogos posibles en el debate contemporáneo respecto a las bases del conocimiento.

Como ya hemos dicho, nos interesan las aproximaciones de la orientación construccionista a algunos de los proyectos epistemológicos feministas, en especial a algunas críticas a la producción de conocimiento y de ciencia. A continuación, pasaremos a examinar dichas contribuciones.

3.2 Algunas críticas feministas a la producción de conocimientos

La producción feminista académica y activista también ha generado críticas importantes en lo que respecta a la ciencia y la producción de conocimiento. Estos aportes abren un espacio de diálogo potencial con la perspectiva de reducción de daños, que proponemos en nuestro trabajo.

Mucho se ha discutido sobre el carácter sexista, racista, clasista y coercitivo culturalmente del discurso científico, llamando la atención al hecho de que ciencia y

política siempre se han relacionado de forma tan íntima como intensa, por lo que resultan importantes los estudios sobre los efectos en las prácticas sociales de los discursos de verdad propuestos por la verdad científica.

Los aportes de Harding (1986) señalan la necesidad de un proyecto de ciencia sucesora, generadora de explicaciones más adecuadas sobre el mundo, sobre nuestras relaciones, sobre prácticas de dominación, sobre la desigualdad de privilegios y de opresión que contienen todas las posiciones (de sujeto).

Haraway (1995:336), a partir de algunas ideas de Harding, dice que *“el feminismo trata de una visión crítica consecuyente con un posicionamiento crítico en el espacio social generizado no homogéneo”*. La localización trata, pues, de vulnerabilidad y rechaza las políticas de clausura de finalidad, proponiendo una apertura para una epistemología y una política de los posicionamientos responsables y comprometidos, que buscan una teoría del punto de vista feminista, para que haya versiones mejores del mundo, de la ciencia.

Para ella, lo importante es luchar por una objetividad que *“favorezca la contestación, la deconstrucción, la construcción apasionada, las conexiones entrelazadas y que trate de transformar los sistemas del conocimiento y las prácticas de mirar”* (Haraway, 1995: 329), haciendo una crítica directa a la idea de objetividad fuerte de la misma Harding con la que dialoga.

Para Harding, la objetividad en la investigación social supone una perspectiva neutral, en la que no se toma partido alguno, mientras que para la Haraway la mirada es posicionada y parcial, ni universal, ni neutral, en un proceso en que la investigadora es responsable de los conocimientos producidos. No es posible, por lo tanto, una mirada desde fuera y desencarnada, del mismo modo que no resulta posible una igualdad de validez desde cualquier punto de vista (Haraway, 1995).

Otra crítica importante a la producción de conocimiento científico es la de Butler (2004). Ella argumenta en contra del binarismo sexo-género, que entre otras cosas, señala la expresión de un imaginario masculino que se ha convertido en discurso científico con función reguladora y productora de cuerpos de hombres y mujeres como complementarios y diferentes, con la función principal de construir jerarquías y desigualdad (Pujal, 2005).

Además de dichas reflexiones que marcan rupturas en los modos de producir conocimiento, nos interesa también mencionar otro conjunto de contribuciones críticas a la producción feminista, “desde y atravesada por las fronteras”, que tensiona lo que propone el feminismo global homogeneizador y excluyente que bajo la opresión de género iguala a todas las mujeres y toma como sujeto de referencia a la mujer blanca, occidental, heterosexual, de clase media, urbana, educada y ciudadana (bell hooks *et al*, 2004).

A esta discusión mucho han contribuido las investigadoras negras, latinas y de grupos “minoritarios”, al puntuar la heterogeneidad de la categoría mujer y cómo esta se articula en distintos contextos (Pujal i Llombart, 2005). Aquí las ideas de Gloria Anzaldúa (1987 y 1988) nos hacen reflexionar sobre la posibilidad de coexistencia de partes opresora y oprimida en una misma persona, cuando se analizan las raíces históricas de la opresión. Anzaldúa argumenta que hablar en inglés, por ejemplo, implica adoptar la ideología de las personas de aquella lengua y ser “habitada” por sus discursos, lo que puede que resulte en una mirada desde los ojos del dominador (Santos, 1995).

Por esta misma vertiente sigue la escritora brasileña Carolina Maria de Jesus Machado (1960), que se ha hecho conocida por su escrita que “transgredió los códigos que sustentaban la inmovilidad, perennidad y reproducción de la desigualdad social del país, creado, así, otras significaciones imaginarias sociales” (Machado, 2006:105), señalando otras maneras de ser mujer, pobre y habitante de las chabolas de Brasil.

Dichas tensiones, señaladas desde el feminismo o dentro de él, son importantes en la construcción de nuestra investigación porque ofrecen herramientas para hacer críticas a los modos de producir conocimiento sanitario, marcados por elementos predictivos, binarios, rígidos, en los que no hay lugar para modos múltiples de estar en el mundo, no hay compromiso político con las implicaciones del conocimiento que se produce, no se entienden los procesos de construcción social de las personas y del mundo en el que forman parte.

Nos interesa tener herramientas para analizar las complejas bases de las desigualdades que generan las acciones de atención sanitaria destinada a los hombres que tienen problemas con los usos de drogas, bajo la mirada de género, teniendo en cuenta tanto el lenguaje de los efectos como de sus causas, en un esfuerzo para ampliar la mirada hacia las políticas públicas en dichas áreas y sus repercusiones en el cotidiano de los servicios sanitarios.

Asimismo, y centrándonos en el lenguaje en acción, pasaremos a la exposición de los caminos recogidos en la red de ideas que conforma la tesis, no sin antes ubicar la perspectiva de la producción de sentido en las prácticas discursivas que hemos utilizado.

3.3 Producción de sentido en las prácticas discursivas

Las prácticas discursivas²², tema central del análisis de la producción de sentidos, se insertan en un contexto marcado por los llamados precursores del Análisis de Discurso, preocupados por la función y la estructura del discurso. Tiene en cuenta las rupturas históricas y las permanencias, la identificación de lo viejo en lo nuevo y viceversa, lo que permite explicar la dinámica de cambio histórico y estimula su constante transformación. En líneas generales, las prácticas discursivas son formas de construir sentido sobre la vida y el posicionamiento en las relaciones sociales de la vida cotidiana. Aunque su análisis sea en un nivel micro, todavía adopta la noción de contexto en diferentes niveles (Spink y Medrado, 1999).

La producción de sentidos es aquí utilizada en la perspectiva del lenguaje en acción, en su matriz de construcción de sentidos, como práctica social, y por lo tanto, consideramos el *interface* entre los aspectos performativos del lenguaje y las condiciones en las que se produce, con énfasis en su contexto social e interaccional (Spink, 1999).

Para diferenciar entre los diferentes niveles del contexto, Spink (1999) utiliza la noción de repertorios lingüísticos, que comprende tres tiempos (el largo, el vivido y el breve), generando análisis de practicas discursivas al nivel micro (en el tiempo breve), pero también al nivel de las estructuras sociales generadoras de *habitus* (el tiempo vivido) y de la historia de las ideas (el tiempo largo), éstas identificadas a partir de revisión bibliográfica.

Desde ésta perspectiva, los repertorios lingüísticos son los *contenidos*, uno de los tres elementos constitutivos de las prácticas discursivas. El resto de elementos son: 1) la *dinámica*, o sea, los enunciados²³, orientados por voces; 2) las *formas*, más

²² A diferencia de las *practicas discursivas*, el término *discurso* va a ser utilizado solamente en referencia a los usos institucionalizados del lenguaje y a los sistemas y signos lingüísticos, cómo propone Spink (1999).

²³ La noción de *enunciado* con la cual trabaja Spink (1999) está basada en las ideas de Bakhtin (1994b) y va más allá de la noción de *sentencia* o *palabra*. Es generada por la persona que está en interlocución y no por la gramática. La palabra tiene tres dimensiones: la palabra diccionarizada, la de la otra persona, del modo cómo los otros la utilizan, y las propia palabras de la hablante, como yo la utilizo. Las conexiones entre las tres dimensiones es la *interanimación dialógica*. Además, el *enunciado* es el componente que hace la conexión de la cadena de comunicación; tiene como

o menos fijas de enunciados. Son mecanismos teóricos más flexibles que las representaciones sociales y permiten diferenciar los *contenidos* de los *procesos*. Lo que se está buscando no es la estructura o las formas usuales de asociar contenidos, sino más bien la apertura de la posibilidad de que estos contenidos se asocien de un modo en unos contextos y de otro en otros contextos, generando sentidos flexibles y contextualizados.

Los repertorios lingüísticos son los términos, los conceptos, los elementos del lenguaje que generan las posibilidades de construcción de sentidos y no tienen un tiempo cronológico lineal, sino más bien “un pasado presentificado”, en los tres tiempos que tratamos de señalar (*breve*, *vivido* y *largo*). El *tiempo largo* es el de los contenidos culturales que componen el discurso de una época, producidos y reinterpretados por la ciencia, por la religión, por el *sentido común*; el *tiempo vivido* tiene que ver con los procesos de socialización, es el tiempo de la vida, de la memoria personal desde donde construimos las narrativas de nosotras mismas, cómo resignificamos los contenidos históricos del *tiempo largo*; el *tiempo breve* es el de la producción de sentidos misma, de la interanimación dialógica, donde son presentificadas las *voces* tornadas activas por la memoria cultural (*tiempo largo*) y por la memoria personal (*tiempo vivido*) (Spink, 1999).

Por otra parte, la noción de sentido aquí utilizada discute sobre la posibilidad de conocer su función en la vida de las personas y nos ofrece una posibilidad de comprender la participación de nuestro “objeto” de investigación en la red de relaciones cotidianas de las personas en el mundo social, determinando las restricciones que el objeto impone y las posibilidades que genera. En líneas generales, lo que importa en estos tipos de estudios es comprender cómo las relaciones sociales se ven afectadas por el objeto de investigación, más que contestar a preguntas sobre cómo el objeto es pensado y visto por la gente (Pedrosa, 2006).

El sentido es una construcción social, colectiva e interactiva, históricamente y culturalmente ubicada, por lo que la gente construye los términos que necesitan para comprender y actuar en las situaciones en las que se colocan cotidianamente. Solamente es posible comprender los sentidos desde el análisis del contexto amplio de las preguntas, respuestas e intervenciones de la investigadora (Spink, 1999).

características las *fronteras*, la *dirección* y los *géneros de habla*. La frontera viene dada por el cambio de interlocutor; la dirección tiene que ver con “para quién” va dirigido el enunciado; los géneros de habla son formas típicas de habla, que tienen alguna estabilidad y elementos compartidos que tornan posible la comunicación (por ejemplo, hay un género de habla propio de los funerales, otros de las bodas o de las visitas médicas etc).

3.4 Caminos metodológicos de la investigación: instrumentos y momentos

A continuación pasaremos a los detalles de las “herramientas” y etapas del estudio, pero antes hace falta decir que la idea de posicionamiento para Spink (1999) es central en la utilización de la perspectiva de las prácticas discursivas y producción de sentido en el cotidiano. El posicionamiento desde esta orientación es flexible y depende del contexto, producto de la ubicación de las personas en el proceso de interacción. Sin embargo, en el análisis de las prácticas discursivas, los posicionamientos se toman como construcciones conjuntas, ya que el modo como alguien se ubica en un determinado contexto puede que dependa de lo que otra persona dice o lo que dice puede que posicione a otra persona, además de sus propios posicionamientos, por supuesto.

Entonces, trabajamos aquí con la idea de que entrevistas, textos/documentos oficiales y grupos de discusión son prácticas discursivas. El diseño del estudio se compone de dos partes: una primera en la que realizamos entrevistas con gestores/as y buscamos documentos públicos oficiales de políticas públicas citados y referidos por los/las entrevistados/as; y una segunda parte, donde realizamos grupos con profesionales y gestores/as que actúan en servicios sanitarios o en sectores de gestión de políticas públicas.

Sea por medio de entrevistas, discusiones de grupo o textos escritos, nuestro foco de análisis está en los discursos oficiales y no oficiales que sustentan las políticas públicas, o sea, los discursos explícitos o implícitos, tal como señalan los autores que trabajan con análisis de política pública. Desde esta perspectiva, la ausencia de acciones o el hecho de no abordar algunos temas relevantes constituyen una estrategia, es decir, una no-política también es una política en cierto sentido (Lyra, 2008; Araújo Junior, 2000).

Decimos esto para justificar, por ejemplo, el hecho de haber utilizado documentos no publicados oficialmente, pero disponibles para grupos específicos, por ejemplo de participantes de movimientos sociales; o porque consideramos el silencio respecto a algunos temas en el contexto de las políticas públicas de sanidad como expresión de intencionalidad o estrategia política más amplia.

La decisión de hacer entrevistas con gestores/as y grupos de discusión, con profesionales y gestores está relacionada con la necesidad de aproximación a los

modos de “aplicar” la política del papel en el cotidiano de las acciones concretas, cómo lo hacen y cuáles son las adaptaciones y reorientaciones construidas en este proceso.

La entrevista, en general escogida para los estudios que están posicionados con la intención de privilegiar un enfoque cualitativo, de enfoque discursivo, en este estudio se concibe como práctica discursiva que construye la realidad social, como acción, como interacción, en contextos de relación constantemente negociada (Pinheiro, 1999).

En esta acción\interacción, situada y contextualizada, se producen sentidos y se construyen versiones de la realidad (Pinheiro, 1999), como enseña el construccionismo (Spink, 1999).

Entonces, este instrumento ha sido utilizado para ayudar a identificar y analizar los sentidos producidos sobre hombres y masculinidades, y sobre reducción de daños y riesgos en los discursos de gestores de sanidad y operadores de políticas públicas en el campo de la reducción de daños.

Del mismo modo, los textos de las políticas públicas son prácticas discursivas, son formas de construir ideas, conceptos, argumentos, convencimientos, posicionamientos, ideologías, retóricas, metáforas etc. (Bernardes, 2004). Pueden ser entendidos como productos y actores sociales a la vez, caracterizados por interanimaciones dialógicas variadas (Bernardes y Menegon, 2007).

La afirmación de Bernardes y Menegon sobre la interanimación dialógica de documentos, se remite a ideas de Bakhtin (1994), conectadas con las de Ibáñez (2001), que suponen que todo texto es hipertextual, puesto que habla de otros textos y otras formas de texto anteriores, dando a éstos un carácter de polimorfismo y, por supuesto, intertextualidad (Ibáñez, 2001). Ello significa que los documentos se conectan formando otros textos, cambiantes, infinitos e inestables.

Los grupos de discusión también se inscriben en un campo de producción de discursos (Ibáñez, 1979). Son prácticas discursivas que permiten una aproximación de un contexto de interacción del cotidiano, que posibilitan una interacción dialógica entre múltiples voces²⁴ en negociación de versiones y posicionamientos (Menegon,

²⁴ Por voces comprendemos las personas interlocutoras que se hacen presentes en los diálogos, como propone Bakhtin (1994). Las voces siempre están juntas con los enunciados y describen los procesos de interanimación dialógica de una conversa. Los enunciados de una persona están siempre en contacto o dirigidos a otras personas y se interaniman mutuamente (Spink & Medrado, 1999).

1999). Pueden ofrecer informaciones descriptivas sobre percepciones individuales y grupales de significados que asocian a distintos temas (Sepúlveda, *et al.* 2008).

Es una técnica estructural, utilizada en los estudios cualitativos, que según Ibáñez (1979) está por encima y por delante de la encuesta estadística por ser mayor su potencia metodológica y porque se funda en una ruptura epistemológica: “la renuncia a la ilusión de transparencia del lenguaje y su consideración como objeto, y no solo como instrumento, de la investigación social” (p. 19).

Hay que considerar, todavía, el orden del poder inscrito en la investigación social, ya que las técnicas no son meros instrumentos empíricos de los discursos y constituyen dispositivos prácticos de poder (Ibáñez, 1979).

Para Ibáñez, es importante señalar la historia de construcción de las técnicas de investigación utilizadas por las ciencias sociales, no solo los grupos, sino más bien las encuestas de modo general, remarcan su carácter de cumplir una función de control de la sociedad. La ventaja del grupo de discusión es, por lo tanto, que permite hablar en grupo, en segunda o tercera persona, a partir de relaciones simétricas de cooperación (Ibáñez, 1979), en un intento de disminuir el impacto de la función de control de las técnicas de investigación.

Aunque se han considerado las críticas de Ibáñez, el diseño de la presente investigación no ha permitido huir de las entrevistas, por la necesidad de incluir en el estudio a personas de lugares geográficamente muy lejanos y por la falta de una posibilidad concreta de juntar a todas éstas personas en un único sitio para realizar un grupo de discusión. Sin embargo, consideramos en el análisis lo que plantea Ibáñez sobre las relaciones asimétricas de poder que complementan la utilización de la referida técnica e intentamos superar los retos a ellas relacionados, haciendo visibles dichas relaciones.

Asimismo, la utilización articulada de los tres instrumentos/herramientas metodológicas han cumplido las siguientes funciones:

- **las entrevistas** se han utilizado para identificar y analizar los sentidos producidos y expresados sobre hombres, masculinidades y género en los discursos de gestores/as de la sanidad y operadores/as de políticas públicas en el campo de la reducción de daños;

- **los documentos** de dominio público en forma de textos de las políticas públicas de sanidad han permitido visualizar las interacciones dialógicas importantes en la formulación y mantenimiento de las estrategias de gubernamentalidad, con vista a la comprensión de las tensiones y rupturas marcadas por la utilización del género en dichos textos de políticas públicas, para confrontarlas a continuación con la implementación de estas mismas políticas, expresadas en los discursos de profesionales y gestores, en las entrevistas y en los grupos de discusión, centrándonos en la atención a la salud de hombres que consumen drogas;

- **los grupos de discusión** han sido una estrategia complementaria insertada en el diseño del estudio después de haber analizado la insuficiencia de las otras dos técnicas para dar cuenta de una aproximación al cotidiano del trabajo de quienes gestionan la política, o sea, los/las profesionales y gestores/as locales, de forma interactiva con otros/otras profesionales. La mirada al cotidiano de los servicios sanitarios es importante porque es donde se concretan en acciones que se describen en las políticas. Además, nos interesa el discurso producido sobre dichas prácticas, por lo tanto, no hace falta una observación directa a los servicios mismos, pero es indispensable algún acercamiento a lo que sucede allí, de acuerdo con los objetivos del estudio, señalados en el apartado A de la tesis.

Se han respetado las orientaciones sobre estructura, formación y funcionamiento de los grupos de discusión sistematizadas y propuestas por Jesús Ibáñez (1979). La motivación inicial para empezar el grupo ha sido substituida por preguntas abiertas, basadas en el resultado de las entrevistas realizadas en la primera parte del campo de la tesis, propuestas en forma de puntos para reflexión, y no como preguntas para entrevista grupal.

3.4.1 Etapas y aplicación de instrumentos

La primera parte del “campo”²⁵ incluyó las entrevistas y la búsqueda de documentos. Se realizó en los meses de abril y mayo de 2009, en 5 ciudades de Brasil (una ciudad de cada una de las 05 regiones del país) y en Brasilia, la capital. El criterio de hacerlo por región y a nivel federal se justifica por: 1) las especificidades que se pueden encontrar en cada una de las regiones, sea por cuestiones culturales, socio-

²⁵ Llamamos de *campo*, entre comillas para referirnos a la realización de entrevistas, la búsqueda de documentos y la realización de los grupos de discusión. Sin embargo, trabajamos con la idea de Spink (1999) de que estamos metidos en el campo a lo largo de todo el proceso de investigación, cuando miramos la televisión, leemos algo o hablamos con la gente. Estamos todo el tiempo buscando elementos importantes para nuestro objeto de investigación, y no solamente al utilizar “instrumentos de recolección de datos”.

económicas y/o políticas, que influyen en los patrones de uso de drogas, en las relaciones y construcciones de género y en las políticas públicas de sanidad; 2) la estructura organizativa del gobierno brasileño, en la que las propuestas formuladas a nivel nacional orientan, pero no determinan las políticas a niveles locales y descentralizados (estatales o municipales).

Respecto a los criterios de elección de los documentos, hemos definido que es imprescindible: 1) tener la *Reducción de Daños y Riesgos para los usos de drogas* como tema central o en un apartado; 2) que sea referido por los/las entrevistados/as y/o grupos virtuales del movimiento de reducción de daños consultados; 3) que sea publicado por el Ministerio de la Sanidad o por sus departamentos locales (secretarías estatales o municipales de sanidad), desde el año 2003 hasta 2010, período del gobierno del Presidente Lula da Silva, en el que se han producido importantes cambios en la atención sanitaria en Brasil.

La segunda parte del “campo” se llevó a cabo en noviembre de 2010, con la realización de 03 grupos de discusión con profesionales de dos estados del Nordeste de Brasil.

A continuación se exponen los detalles de la aplicación de cada instrumento:

- **Entrevistas:** se han realizado 07 entrevistas con gestores de políticas públicas de la sanidad en el campo del uso de alcohol y otras drogas: una con la gestora a nivel federal, del departamento del Ministerio de la Sanidad responsable de estas políticas (en este caso, el Programa Nacional de Sida); 06 con gestores/as a nivel local, uno de cada una de las 05 regiones de Brasil, con excepción de la región Sur en la cual la entrevistada inicialmente solicitó también la entrevista de otra gestora, para complementar la suya²⁶. Las entrevistas han sido presenciales y realizadas por la investigadora, de acuerdo con el guión previamente producido y grabadas en audio digital. Las personas entrevistadas han firmado un Término de Consentimiento Libre y Aclarado (anexo 01). Hemos puesto códigos de identificación de cada participante en una tabla (anexo 02).

²⁶ Para llegar a las personas entrevistadas, se han realizado consultas: 1) al Ministerio de la Salud, preguntando: ¿Quién es el gestor o gestora de reducción de daños en los estados y capitales de Pernambuco, Rio de Janeiro, Pará, Paraná y Goiania (un estado de cada región del país, respetando la subdivisión geográfica oficial)? 2) al Movimiento Social nacional, haciendo la misma pregunta en un primer momento. Después de que ambos (movimiento y ministerio) nos lo indicasen, se preguntaba si estas personas eran responsables de la política o acciones de RD. Las personas fueron contactadas y las entrevistas se realizaron a partir del guión (anexo 5) examinado en la primera ciudad (Rio de Janeiro). Ha sido utilizado un documento de consentimiento (anexo 1) para que la gente lo firmase después de leer las explicaciones sobre el estudio y las implicaciones éticas.

- **Búsqueda de documentos:** se ha procedido mediante una búsqueda de los documentos de políticas públicas de la sanidad de Brasil, dirigidos a las personas que consumen alcohol y otras drogas, cuyo enfoque sea la reducción de daños y de riesgos o contengan capítulos sobre estos temas, producidos por el Ministerio de la Sanidad o por organismos regionales o estatales vinculados a dicho Ministerio.

Se han elegido 11 documentos: 08 documentos nacionales, 02 estatales, de regiones distintas del país (Norte y Sudeste) y 01 documento municipal, de una ciudad de la región Nordeste. Hemos creado una tabla descriptiva de los documentos (anexo 03).

- **Grupos:** han sido realizados 03 grupos de discusión con profesionales y gestores/as de políticas públicas de sanidad, de las áreas de salud mental, sida y salud de los hombres²⁷, de dos estados de Brasil (Pernambuco y Paraíba). Cada grupo estaba formado por 08 o 09 participantes (total de 25 participantes - con 04 facilitadores y 21 profesionales/gestores), hombres y mujeres, participantes en un programa de formación en género y drogas, desarrollado en el ámbito de un proyecto llevado a cabo por una organización local²⁸, con el apoyo y la orientación del Ministerio de la Sanidad de Brasil. Dicho proyecto lo ha elaborado la autora de esta tesis doctoral. Ha sido un proyecto de intervención directa con el mismo tema de la tesis (hombres, masculinidades y uso de drogas), construido para concretar alguna utilidad y aplicabilidad más inmediata de lo que se está discutiendo en el ámbito de esta investigación doctoral, llevado a cabo desde marzo de 2010 hasta marzo de 2011²⁹. Los grupos han sido realizados por otros 04 profesionales de la psicología y sociología vinculados a la organización, bajo preparación previa de la autora del estudio. Han

²⁷ Se involucraron en los grupos focales profesionales de salud de las áreas de sida, salud mental y salud de los hombres porque las dos primeras son las que están directamente vinculadas a la atención a personas que usan alcohol y otras drogas en el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) y la tercera dirigida directamente a la población de interés de la tesis (los hombres).

²⁸ Se trata de la ONG feminista Instituto PAPAI, en la cual la autora de esta tesis trabaja como coordinadora. La organización actúa local y nacionalmente ejerciendo incidencia política y formando a profesionales de distintas áreas, en el campo temático de género, masculinidades y hombres.

²⁹ El proyecto de *Homens, gênero e redução de danos* ha tenido como objetivo la formación de gestores/as y otros profesionales de la red pública de salud de Pernambuco y Paraíba, basado y orientado en la promoción de la integralidad en la atención a las personas que usan alcohol y otras drogas, en la búsqueda de la reducción de la infección por sida y otras enfermedades de transmisión – para que se puedan reconocer las especificidades de género que orientan la socialización de los hombres y que resultan en prácticas y valores que amplían la vulnerabilidad de esta población. Al final ha sido producido un material socio-político-educativo (libro) sobre hombres, género y drogas, desde la perspectiva de la reducción de daños, que ha guiado la formación de los/las gestores/as y los/las otros/as profesionales; la realización de 2 talleres de formación de dos días cada uno, con la participación de 50 personas, 25 de Paraíba y 25 de Pernambuco. Esta ha sido una forma de subsidiar acciones de atención integral a la salud de la población masculina y ha servido como experiencia para otras iniciativas semejantes, ya que no hay ninguna del tipo ya realizada en el país.

realizado los grupos de discusión en un primer momento de encuentro con la gente que iba a participar en la Formación, antes del inicio de las clases/seminarios, siguiendo un guión producido en concordancia con los objetivos de la tesis, a partir de las reflexiones generadas en la primera parte del trabajo de campo.

Garantizando el anonimato, en una tabla hemos puesto una breve descripción de cada participante de los grupos y códigos para cada uno, para facilitar la identificación en los recursos de visualización de prácticas discursivas, utilizados en el análisis (anexo 4).

Las personas participantes en los grupos también han firmado un Término de Consentimiento Libre y Aclarado por (anexo 1).

3.4.2 El análisis

Intentamos mantener las recomendaciones de la perspectiva construccionista de buscar el *rigor* en la investigación social y, por lo tanto, tornaremos notorios todos los pasos del análisis y de la interpretación como una estrategia para generar el diálogo (Spink & Lima, 2004), indispensable en el “hacer ciencia” que orienta esta investigación.

Para el análisis se utilizarán las técnicas interpretativas del abordaje de las prácticas discursivas y de producción de sentidos en el cotidiano (Spink, 1999), especialmente los mapas y árboles de asociación.

La interpretación aquí también es un proceso de producción de sentido y el reto principal es explicitar todo del proceso de interpretación (que es circular e inacabado) y la comprensión de la naturaleza dialógica del encuentro entre investigadora, equipo de apoyo y las voces del entrevistado/a, de los/las participantes del grupo de discusión o expresas en los documentos analizados.

Nuestro foco han sido los contenidos de las producciones discursivas, o sea, los repertorios lingüísticos. Por lo tanto, utilizamos los mapas sugeridos por Spink y colaboradoras (1999), con el objetivo de sistematizar el proceso de análisis de las prácticas discursivas en la búsqueda de los repertorios utilizados en la construcción lingüística y de la dialogía implícita en la producción de sentido. Además, dicha construcción permitió preservar el contexto interactivo, garantizar una mirada hacia los efectos de una pregunta o comentario de la entrevistadora o de otro/a participante de los grupos, en el proceso de interanimación.

Los mapas creados empezarán por la definición de los grupos temáticos generales relacionados directamente con los objetivos de la investigación, en los que hemos identificado los repertorios, generando ejes y sub-ejes de análisis, de modo coherente con lo que plantea Spink (1999).

Después de la transcripción del material de audio, la organización inicial en cuadros de contexto y siglas/numeración de las entrevistas, los grupos por orden de presentación de participantes y los documentos, hemos hecho algunos intentos para encontrar un camino analítico, de los que generamos mapas provisionales de muchos tipos, hasta que encontramos uno más general, que ha sido adoptado. En el gran cuadro hay columnas para las producciones discursivas relativas a Género, Riesgo y Reducción de Daños, los principales temas de la tesis, a la luz de los objetivos específicos.

En la línea de lo que propone Spink (1999), respecto de la necesidad de ser más explícitos en el proceso del análisis, hace falta decir que tomamos entonces los siguientes pasos de organización de las producciones discursivas, categorización y presentación de los resultados y discusiones:

1) Construcción de tres mapas de contenido temático, uno para entrevistas, otro para los grupos y otro para los documentos, en los que hemos puesto los fragmentos secuenciados de las producciones discursivas (en el orden en que eran producidos por los/as participantes) y los contenidos a los que se hacía referencia, tal como muestra el ejemplo a continuación:

Grupo 1

| Producciones discursivas | Repertorios lingüísticos – RD | Repertorios lingüísticos – Riesgo | Repertorios lingüísticos – Género |
|--|--------------------------------------|--|---|
| (Sec 22) PART/GRU 2: es la atención al usuario de drogas, y no al hombre usuario de drogas o a la mujer usuaria de drogas. Reciben más atención porque ellos son usuarios de drogas, y no por sus condiciones de género. | | | Generalización y no generificación del público atendido |

2) Separación de los repertorios por columna (RD, Riesgo y Género), por entrevista, por grupo y por documento, generando 7 mapas de repertorios de género

de las entrevistas, 7 mapas de repertorios de RD de las entrevistas, 7 mapas de repertorios de riesgo de las entrevistas; 3 mapas de repertorios de género de los grupos, 3 mapas de repertorios de RD de los grupos, 3 mapas de repertorios de riesgo de los grupos; 1 mapa de repertorios de género de los documentos, 1 mapa de repertorios de RD de los documentos y 1 mapa de repertorios de riesgo de los documentos;

3) En los mapas relativos al género, hemos escogido y separado los repertorios sobre hombres o masculinidades, dando origen a dos conjuntos de ejes y sub-ejes temáticos, posteriormente cruzados otra vez (hombres/masculinidades y género). Hemos identificado el tema de hombres y masculinidades en los repertorios sobre género en un intento de mantenerlos vinculados a las producciones discursivas sobre género y para facilitar el diálogo posterior entre ellos (hombres/masculinidades con género), en el momento de presentación de los sentidos producidos (apartado E de la tesis);

4) En los mapas respecto a RD y riesgo, hemos escogido y separado las producciones discursivas sobre cada concepto, generando un conjunto de ejes y sub-ejes temáticos (cruzando RD con riesgo);

5) Articulamos el conjunto de ejes y sub-ejes de género con los de hombres/masculinidades, por un lado, y de género y RD/riesgo, por otro, generando dos líneas de análisis, que han ayudado a estructurar la presentación de resultados y discusiones, a la luz de los objetivos propuestos para la tesis (1.Género y hombres/masculinidades; 2.Género y RD/riesgo);

6) Finalmente, en el apartado relativo a las sugerencias de comprensión-acción, articulamos los dos ejes del análisis.

La construcción del camino del análisis se ha llevado a cabo después de intentos que no resultaron útiles, de cambios en distintos momentos del proceso, en un camino cargado de heterogeneidad, de subjetividad, de reflexividad, de reafirmación de la posibilidad de hacerlo diferente, de otros modos de hacer lo mismo, otros modos de producir conocimiento. Por lo tanto, no queremos decir que el camino haya sido el mejor, sino uno posible, en el contexto de los marcos teóricos, epistemológicos y políticos en los que ubicamos la producción discursiva que ahora llamamos de tesis doctoral y las distintas voces que se escuchan/leen en ella.

Cambiantes

Preciso

*Preciso da força que teu sorriso me dá
Da luz que teu sono emana e ilumina a escuridão
Da brisa de quase dezembro da varanda da vivenda
Da Casa Forte, da beleza, da imensidão do espaço de cada dia
De te ver explorar cada canto e ter canto para explorar
De ouvir os pássaros cantando ao comerem do alimento certo e sabiamente deixado pelo
homem sensível*

*Preciso das cores dos quadros, da leveza do ambiente
De ver meu filho anjo correndo ao engatinhar
De sentir nosso canto, nossa família, nosso ser da gente, meu, dele e nosso
Da rede estendida no lado de fora e da tapioca de meio da tarde
De ser cuidada, de ser amada, de ser mamada
De ouvir a mensagem do vento que é música para meus ouvidos, vindo do vizinho*

*Preciso te levar para praça, para ver os cachorrinhos que brincam de gente na creche para
animais
Do galo e da galinha e dos pintinhos, na beira do “canal dos mosquitos” que junta a pobreza e o
povo elegante
Do Senhor Ventinho de dentro e de fora da casa, de ver você crescer, comer, dormir
De sentir a paz do nosso silêncio e ouvir só a música que queremos
De não precisar justificar cada passo, cada colher e cada novo fazer na criação do meu filho*

*Preciso escrever, finalmente ousar dizer!
De ver o texto avançando, da fluidez das palavras que leio dos outros
De fazer minhas palavras as idéias tão claras na cabeça
De justificar o que sei, o que conheço, o que quero escrever, a tese como quero fazer
De ser eu em cada letra escolhida, de saber que posso e vou terminar esse caminho
De me abrir para os próximos, mas antes fechar esse
De mim, de meu marido, do meu filho, de minha casa que é de outra pessoa*

*Preciso por fim ao que parece infinito, fazer cara dura e meter a cara
De acreditar que é possível e concentrar
De analisar, criar, costurar
De ser doutora!
De terminar... esse texto agora.
Ponto final!*

4. PARTE D – Los sentidos producidos respecto a los hombres, las masculinidades y la reducción de daños en las políticas públicas de sanidad dirigidas a las personas que consumen drogas

El objetivo de este apartado es presentar, desde una perspectiva feminista de género, las principales aproximaciones a los sentidos producidos sobre los hombres, las masculinidades y la reducción de daños, en las políticas públicas de sanidad en Brasil, dirigidas a las personas que consumen alcohol y otras drogas.

Apunta Scott (1990) que para comprender cómo actúa el género hay que tener en cuenta a los sujetos individualmente y a las organizaciones sociales, y descubrir la naturaleza de sus interrelaciones, extrayendo la noción de poder como "campos de fuerza" sociales (Foucault, 1980). Así que, a continuación, utilizaremos dichas ideas para analizar como actúa el género en el contexto de las políticas públicas de sanidad, teniendo en cuenta que son nuestras interpretaciones a la luz de nuestro referencial teórico-metodológico y del análisis de textos, que no pretende ser generalizable, sino más bien un conjunto de contribuciones que forman parte de un abanico de posibilidades.

Exponemos el contenido de nuestras aproximaciones analíticas en tres partes complementarias, relacionadas con las producciones discursivas respecto a: 1) los sentidos producidos sobre los hombres y las masculinidades; 2) los sentidos producidos sobre reducción de daños; 3) las articulaciones posibles entre los sentidos producidos sobre los hombres, las masculinidades, y la reducción de daños en un ejercicio de pensar algunas contribuciones a la construcción de un modo generizado de comprender y actuar en el contexto de la atención sanitaria a las personas que consumen alcohol y otras drogas. Este último (punto 3) será presentado en la Parte E – Consideraciones Finales.

Teniendo como referencial la noción de repertorios lingüísticos (Spink, 1999), desarrollamos un análisis de las posibilidades de que los contenidos discursivos se asocien de cierto modo en unos contextos lingüísticos y de otro modo en otros contextos, generando sentidos flexibles y contextualizados.

A continuación, pasaremos al análisis de los bloques 1 y 2, es decir, los sentidos producidos sobre los hombres/masculinidades y los sentidos producidos sobre reducción de daños.

4.1 Los sentidos producidos sobre los hombres y las masculinidades

Cuando empezamos el proceso analítico, nos dimos cuenta de algo que nos pareció muy evidente y a la vez difícil de manejar analíticamente: la rigidez de la oposición binaria en las formas de significar el género, los hombres, las masculinidades, lo masculino, lo femenino y las mujeres.

Cuando se hacía referencia a cada uno de estos términos, en general, los/las participantes los ponían en relación de oposición (ejemplo: hombres-mujeres, masculino-femenino) sin dejar posibilidades de comprensión respecto a cada uno de ellos que no estuvieran ubicadas en uno de los polos. Gran parte de las producciones discursivas analizadas estaba marcada por el binarismo de género y por la descripción de roles e identidades.

Como señala Scott (1990) al justificar la utilidad del concepto de género por ella propuesto, sería necesario rechazar la calidad fija y permanente de la oposición binaria, lograr historicidad y deconstrucción genuinas de los términos de la diferencia sexual; someter continuamente nuestras categorías a crítica y nuestros análisis a la autocrítica.

Así que, intentando huir de la mirada fija apuntada por Scott, presentaremos las producciones discursivas del modo en que han aparecido, pero señalaremos las tensiones entre los significados fijos operados por las producciones discursivas analizadas y lo que propone la mirada analítica de género que hemos tomado.

Dicho esto, a continuación presentamos los ejes y sub-ejes analíticos que juzgamos más expresivos:

4.1.1 Sanidad y Asistencia Social no son áreas de hombre

Las dificultades de trabajar con los hombres, en los discursos recogidos, son atribuidas al hecho de que la Sanidad y la Asistencia Social son áreas que no son vistas como masculinas, sino referentes a las mujeres y a lo femenino, por lo que no se las ve como adecuadas para atender las demandas de los hombres. Veamos un ejemplo:

Grupo3

Sec 48, PART/GRU 20 - la gran mayoría en la asistencia es mujer. En la sanidad también es mujer. Acá en este evento la mayoría es mujer. El espacio de las cuidadoras mismo, de la formación profesional, quiénes hacen formación en estas áreas de cuidado de la sanidad y de la asistencia son mujeres. (...) pero quien llega para ser atendido son los hombres y se deparan con las mujeres cuidando (...)

Sec 50 - (...) todo el tiempo me hablan (hombres-usuarios) cosas como: ¿"una mujer va entender lo que quiero decir?. No vas a entender nunca (...).

En el *tiempo largo* (Spink, 1999) de la historia de la Sanidad y de la Asistencia, éstas aparecen asociadas al auxilio, al asistencialismo, a la piedad y a otras construcciones que denotan ayuda a personas frágiles y necesitadas (Chupel, 2008).

La Sanidad y la Asistencia Social, en cuanto a políticas, tienen sus conjuntos de acciones dirigidas a las demandas de personas más vulnerables y frágiles. El Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), en el texto de La Política de Asistencia Social (2004) se apunta muy claramente que está dirigida a ciudadanos/as y grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo personal y social (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004).

Por otra parte, el Sistema Único Sanitario de Brasil (SUS), aunque no sea un sistema pensado para atender a los pobres, es utilizado predominantemente por este grupo de la población. Son personas, en su mayoría, con bajo nivel de escolaridad y baja renta familiar (Ribeiro *et al*, 2006).

En este sentido, identificar a los hombres como sujetos de dichas políticas supone percibirlos como frágiles y vulnerables, lo que se ha presentado como una dificultad no solamente para los equipos en el nivel de la atención a la gente que la necesita, sino también para los propios hombres. Esto refuerza la idea de una masculinidad no vulnerable, que no necesita de atención sanitaria, y de un sujeto hombre que no necesita de los cuidados del Estado, a diferencia de lo que pasa con las mujeres.

Centrando nuestra atención en las políticas sanitarias, son muchas las expresiones de dicha dificultad señaladas por los/las participantes del estudio, pero elegimos, a partir de ahora, profundizar nuestro análisis en dos asuntos: la accesibilidad, es decir, la dificultad de atender a los hombres por no saber cómo hacer que acudan a los servicios disponibles, y el desconocimiento de las demandas sanitarias de los hombres. Las dos aparecen articuladas.

El tema de la accesibilidad ha aparecido en varias producciones discursivas de los/las participantes, como en los ejemplos siguientes:

Grupo 3

Sec 102, PART/GRU 25 – (...) creo que hay que ir adonde están los hombres, porque si nos quedamos esperando a ellos llegaren en la unidad, en los CAPS, ellos no vienen.

Sec 103, PART/GRU 23 – No, en los CAPS ellos van (risas y concordancia del PART/GRU 25).

Sec 105, PART/GRU 23 – para comprender mejor por qué ellos van al CAPS y por qué no van a otras unidades sanitarias. Entender mejor al hombre y entender mejor dicho proceso.

La cita que tratamos de enseñar es válida para hacer una discusión importante: aunque los hombres sean la mayoría en los CAPSad, hay una referencia constante al discurso de que los hombres no acuden a los servicios sanitarios. Dichas construcciones refuerzan una posición no marcada de sujeto que se les pone a los hombres usuarios de los referidos servicios.

Siguiendo la lógica de que los hombres no acuden a los servicios, los/las participantes apuntan una estrategia para adecuar los servicios sanitarios al público masculino: ofrecer atención en horarios flexibles para recibir la población trabajadora (horarios nocturnos, por ejemplo).

Veamos un ejemplo de habla respecto al tema en uno de los grupos de discusión:

Grupo 1³⁰

Sec 68 - PART/GRU 9 – (*hablando del marido que tiene problemas con alcohol, de una mujer que es atendida en un CAPS para trastornos*). (...) los CAPS de aquí no funcionan durante el día, del lunes al viernes. Aquellos que abren en los fines de semana o por la noche son para casos de admisión. ¿Entonces, qué ocurre? Muchas veces nosotros no podemos tener acceso a ese familiar, o compañero que causa ese mal a la familia, porque él tiene la justificativa de que no va poder faltar al trabajo. Entonces yo siento esa dificultad, que va más allá de nuestra gobernabilidad (...).

Sec 69, ENT/GRU 2 - Si, (...) hemos hecho esta discusión en el CAPSad. El servicio que pasa a atender 24 horas no prolonga su horario de atención externa. Continúa cerrando sus puertas al público externo a las cinco de la tarde (...).

³⁰ Toda la producción discursiva de los/las participantes de estudio y de los documentos analizados estaban originalmente en la lengua portuguesa y han sido analizados en dicho idioma. Sin embargo, hemos traducido al castellano solamente los fragmentos ilustrativos, utilizados en el cuerpo principal de la tesis.

Los fragmentos que acabamos de señalar, entre otras cosas, además de reforzar la necesidad de funcionar en horarios alternativos, muestran una dificultad: incluso con la determinación de la ampliación del horario de atención en los servicios, no es posible recibir al público externo después del horario tradicional.

Las producciones discursivas respecto a los horarios implican que se asume que el hombre usuario es un trabajador con jornada laboral y que por eso no puede asistir a los servicios en los horarios convencionales, a diferencia quizás de las mujeres que se supone que no trabajan fuera de su hogar.

El cuestionamiento que hacen los/las participantes respecto los horarios adecuados para recibir la población masculina en los servicios desconsidera, por ejemplo, que gran parte de las personas que tienen problemas con los usos de drogas tiene sus vínculos laborales rotos o frágiles, o ni han llegado a tenerlos.

La Política Nacional de Atención Integral a Sanidad del Hombre – PNAISH (2009) también recomienda la inclusión del horario nocturno para facilitar el acceso de los hombres a los servicios sanitarios, lo que acaba apareciendo en las producciones discursivas de profesionales como una manera de superar barreras institucionales que impiden o dificultan dicho acceso (Noca, 2011).

No obstante, dichos discursos muy operativos parecen más bien desviar la atención de otras dificultades consideradas más complejas, señaladas de modo generalizado como desafíos para encontrar modos de trabajar con los hombres en la atención sanitaria. La PNAISH que acabamos de nombrar, se considera una política transversal capaz de ayudar a encontrar caminos de trabajo posibles.

Parte de las estrategias apuntadas en la PNAISH, de acuerdo con los/las participantes del estudio, está pautada en la “búsqueda activa” de los hombres, dentro o fuera de servicios sanitarios. Por un lado, consistiría en ir a los sitios donde ellos están, lo que podemos relacionar con las estrategias de reducción de daños desarrolladas en la calle, en el terreno.

Dicha aproximación a los hombres, además de una estrategia para hacerlos acudir a los servicios, se considera también una oportunidad de diálogo con esta población para una identificación de sus demandas sanitarias, basadas en la idea de que los hombres no van a los servicios a decir lo que necesitan, por sobre esto es aún más difícil saber cómo y para qué trabajar con ellos.

Pero, cuando se trata de los CAPSad, el problema de la accesibilidad sale del discurso, pues los hombres son el sujeto “no marcado” al cual se dirigen estos recursos, pero de esto trataremos más adelante.

Recordemos que, de todos modos, el enfoque específico de la sanidad pública hacia los hombres es muy reciente. Solamente a mediados del año de 2009, cuando nuestro estudio ya estaba en curso, la PNAISH fue oficializada, momento histórico en el que los hombres pasan claramente a ser considerados por las políticas públicas de sanidad de Brasil (Nora, 2011; Carrara *et. al.*, 2009), aunque no sea reciente el hecho de que los hombres son la mayoría en los CAPSad y otros servicios de la red de atención a los problemas relacionados con los usos de drogas (Moraes, 2005).

Para ayudar a entender dicha posición “no marcada” de sujeto que se adjudica a los hombres que acuden a los servicios sanitarios que tratamos aquí, hemos tenido en cuenta el *tiempo largo* de la historia de la sanidad mental como depositaria de personas incapaces, a las que no se escucha o que no tiene voz, lo que felizmente está experimentando cambios generados por los procesos de reforma psiquiátrica y lucha antimanicomial.

Consideramos también que dicho proceso de considerar que los hombres no son los usuarios de los servicios sanitarios también nos parece amplificado por la expectativa de que la población masculina sea poderosa, valorada socialmente y productiva, lo que puede que no pase con los hombres a los que se ve como frágiles por las relaciones problemáticas con las drogas.

Por ahora y en algunos párrafos, centraremos nuestra mirada en algo más general relacionado con el poco tiempo transcurrido desde que se promulgó la PNAISH y con el esfuerzo de identificación de las demandas sanitarias específicas de los hombres.

En resumen, muchas de las producciones discursivas que hemos analizado señalan que los hombres no son considerados sujeto de derechos sanitarios. Resulta interesante notar que especialmente entre los/las participantes de los grupos de discusión, al hablar de la atención sanitaria a los hombres, rápidamente se hace referencia a la PNAISH como lo que va a garantizar que las demandas sanitarias de los hombres sean recibidas, o que se encuentre una manera de trabajar con los hombres.

En el día a día de los servicios sanitarios parece haber una dificultad para percibir a los hombres como algo más que un pene, reflejada en la gran demanda para el urólogo señalada por varios/as profesionales participantes en los grupos de discusión y en la literatura respecto a los hombres y las masculinidades. “Es hombre, encamina para el urólogo”, es decir, “parece que ser hombre es solamente tener pene”, dicen los/las participantes.

Acogimiento, escucha de las preguntas y otros indicadores de la atención integral que forman parte de las políticas públicas de sanidad de Brasil aparecen como insuficientes para despegar a los hombres y las masculinidades del urólogo y del pene:

Grupo 2

Sec 93 - PART/GRU 12 - (...) son derivados para el urólogo el hombre que va para la unidad sanitaria porque es hipertenso, o con problemas mentales... ¿es un hombre? ¿ha sido atendido? Es derivado para el urólogo. Entonces, no hay resolución, no hay discusión...

Sec 94 - ENT/GRU 3 - ¿Aunque la demanda no sea urológica?

Sec 95 - PART/GRU 12 - No lo es. Yo lo veo como increíble esto, porque la mayoría de nuestros servicios sanitarios trabaja el Acogimiento, entonces, ¿que escucha es esta que está siendo hecha de este hombre, si identifica que él tiene molestias mentales y lo mandan para el urólogo? Sabiendo que tenemos como circular ese hombre en la red de servicios. Creo que es muy difícil, pero es resultado de la formación que la gente tiene desde la academia. La construcción social de la masculinidad extremadamente paternalista y nuestros trabajadores están en todo ese contexto, entonces por más que... Entonces la gente de la gestión queda todo el tiempo intentando...

En este sentido, la dificultad de concebir a los hombres como sujetos de derechos sanitarios puede que esté relacionada con el hecho de pensarlos desde un polo privilegiado de las relaciones de poder, como titulares de privilegios, y no de necesidades (Arihã, 2005; Medrado, 2003).

Pero, por otro lado, es interesante llamar la atención hacia aquello que afirman algunos autores respecto del rol que cumple la PNAISH: al presentar a los hombres como víctimas de sus propias masculinidades como analizan algunos autores (Carrara *et. al.*, 2009), buscando romper las barreras hacia el proceso de medicalización de los hombres, a contramano de las luchas en contra de la medicalización de los cuerpos femeninos llevadas a cabo por los movimientos feministas y de mujeres, como también señalan los referidos autores (Carrara *et. al.*, 2009). Así, podríamos pensar las resistencias al reconocimiento de los hombres como sujetos de derechos sanitarios como una resistencia misma a la propia medicina y a la medicalización.

Algunas/os de las/os participantes de los grupos de discusión apuntan a la resistencia histórica de algunos segmentos del movimiento feminista en aceptar trabajar con los hombres o tenerlos en cuenta en las reflexiones pautadas por la perspectiva de género. Así, habría una dificultad para entender que hay costos para los hombres por esas masculinidades asociadas al poder y a la fuerza. Por lo tanto, no es común hacer lecturas que consideren a los hombres como vulnerables, pero señalan que hay un diálogo que avanza:

Grupo 2, Sec 40 - PART/GRU 12: (...) no lo sé si vosotros tenéis esa vivencia, pero nosotras tenemos una cierta manera... nosotras hemos tenido, no tenemos más... una cierta resistencia del movimiento feminista cuando vamos a discutir Género y Masculinidades.

El tema del impacto de las producciones feministas en las discusiones y acciones hacia los hombres y las masculinidades ha sido señalado en otros apartados de los grupos de discusión, por lo que vamos también a tratar este tema en otros momentos de nuestro texto.

De todos modos, es interesante hacer hincapié en la fuerza de la relación entre la no identificación de los hombres como sujetos de derechos sanitarios y los textos referentes a los derechos de las mujeres. En dichos textos, el “horizonte deseable” parece ser que los hombres sean “instrumentos” para impactar positivamente en la vida de las mujeres, en consonancia con una ola de incorporación del debate de género que incluye a los hombres en los documentos de políticas públicas internacionales, especialmente los del sistema ONU. Así, la participación instrumental atribuida a los hombres en el escenario de la vida privada, por ejemplo, tiene como foco la vida de las mujeres (Arihã, 2005). Aproximando dichas construcciones a nuestra discusión respecto a los repertorios lingüísticos, podemos decir que en el *tiempo largo* o la historia de las ideas (Spink, 1999) sobre los hombres, no se los considera sujetos de necesidades y derechos sanitarios.

Por otra parte, la lucha política que algunos segmentos del movimiento feminista esperaba de los hombres respecto a sus necesidades sanitarias no puede ocurrir de modo semejante a la de las mujeres, como se supone que es necesario. La pregunta sobre cuáles son las necesidades sanitarias “reales” de los hombres aún se plantea, tanto en la literatura como en la implementación de políticas públicas.

Es como si fuera necesario un “movimiento masculinista” para hablar a los hombres de ellos mismos, para moverse en la dirección de sus derechos sanitarios.

Solamente así dejarían de ser “instrumentos” para la mejora de las condiciones sanitarias de las mujeres y pasarían también ellos a ser sujetos de las políticas.

Sin embargo, en el campo de las luchas políticas en la defensa de aspectos supuestamente no valorados por los hombres, como el derecho a la atención sanitaria, su participación provoca cuestionamientos sobre lo que “ganarían” con dicha postura o con cambios en el comportamiento culturalmente esperado. Por ejemplo, el hecho de compartir con las mujeres las tareas del hogar es visto con desconfianza, como si hubiera otras intenciones “reales” que justificasen dichos comportamientos de los hombres.

De todos modos, la expectativa de que los hombres deberían ser más activos en el proceso de explicitación de sus demandas sanitarias y en la búsqueda de dichos derechos puede aparecer de forma muy sutil:

Grupo 3

Sec 117 - ENT/GRU 4 – (...) Hay dos preguntas más para terminar (risas cansadas). Son relacionadas a la inclusión del género en las políticas de atención a las personas que consumen drogas, ¿vosotros creéis que la inclusión de esa perspectiva de género está lejos o va acontecer pronto? (...)
Sec 124 - PART/GRU 22 - Yo creo que no está lejos, ¿sabes por qué? Cuando nosotros empezamos algunos cambios en João Pessoa hace seis años, todo el mundo creía que no tendrían resoluto, pero es un ejemplo vivo de que la cosa pública puede dar cierto si es gestionada de la manera correcta y con competencia... Entonces yo creo que no está muy lejos, es solamente cada uno hacer su parte correctamente. Yo siempre me inspiro en R. cuando digo “voy a desistir de ese infierno, no cambia nada!”, y entonces digo: “si R. ha hecho un CTA (*centro de test y asesoreamiento para Sida y otras enfermedades de transmisión sexual*) muy bueno, ¿por qué voy a desistir? Entonces él decía que un día *esas bestias* aprenderán a defender sus derechos (risas de todo el grupo).

La expresión “un día esas bestias aprenderán a defender sus derechos”, en un diálogo relacionado con la inclusión de la perspectiva de género en el trabajo con los hombres, señala la expectativa de que los hombres digan, defiendan o exijan lo que necesitan y a lo que tienen derecho, que salgan del lugar de pasividad y asuman una postura activa. Aunque los sentidos para “infierno” y “bestias” denoten ideas negativas, problemas y dificultad, por otro lado, no sin ambigüedad, la participante apunta a que las soluciones para dichos problemas no están muy lejos.

Aquí es interesante hacer otra consideración respecto de las razones por las que los hombres no son considerados agentes políticos en las luchas por el derecho a la sanidad. La articulación de dichas reivindicaciones desde un lugar generizado, que marcaría la posición de los hombres en esta área, significa colocarse en el mismo

plano de poder en el que están las mujeres, perdiendo su posición superior en la jerarquía de género (Carrara, *et. al.*, 2009).

Así, tomar protagonismo en este campo implicaría que los hombres asumiesen sus fragilidades y vulnerabilidades, generando vínculos inseparables entre consciencia política, protagonismo y medicalización (Carrara, *et. al.*, 2009).

Para finalizar el tema de la accesibilidad que estamos analizando, llamamos la atención sobre los sentidos producidos respecto a los hombres profesionales como los únicos capaces de entender las demandas masculinas por compartir modos semejantes de ser, una especie de sororidad que discutiremos en otro momento. Por otro lado, dichas construcciones apuntan también hacia la idea de que los hombres usuarios pueden ser un peligro para las mujeres profesionales, por lo que sería mejor que los atendieran los hombres, como también discutiremos más adelante.

Veamos el argumento que señala que los hombres entienden mejor a otros hombres y por lo tanto deberían atenderlos en los servicios sanitarios:

Grupo 2, Sec 53 - PART/GRU 20 – Creo que hay la cosa del procedimiento biológico. Es cultural. Una vez tenía dos visitas/citas, uno yo iba hacer y otra el becario. Era, un joven del sexo masculino y una joven mujer, entonces, yo dice “atiendo al joven y tu a la joven mujer”, y él ha dicho ¿“porque? Yo atiendo al joven y tu atiendes a la joven”. He dicho: ¿“cómo voy atender la joven?”... Él ha dicho: ¿“atiendes tu campo y yo el mío, no”?! Al final, el joven no ha venido y yo dijo: ¿“no estaba queriendo atender? Allí está la joven” y entonces ha sido un reto para él (risas).

La supuesta habilidad de escucha construida por la experiencia de ser hombre o mujer parece estar relacionada con una construcción del feminismo, de la diferencia y de sus ideales identitarios, que respaldan la existencia de un tipo de sororidad, de una hermandad, que permitiría solamente entender a otra persona que pasa por las mismas experiencias que ella (Costa, 2002).

En resumen, hemos visto en este apartado, que las áreas de la Sanidad y de la Asistencia Social no se consideran masculinas, lo que justificaría las dificultades de trabajar con los hombres, identificando sus demandas sanitarias y la mejor manera de atender a los hombres en los servicios sanitarios.

Sin embargo, más allá de esta sencilla explicación, hemos señalado que a los hombres se les pone en una posición no marcada de sujeto en las políticas y servicios sanitarios relacionados con la atención a los problemas asociados a las drogas como resultado de un no reconocimiento de la fragilidad y vulnerabilidad de esta población.

Reconocer dicha fragilidad y debilitar las resistencias masculinas a la medicina supone ponerlos en el mismo plano de poder en el que están las mujeres en la jerarquía de género y asumir el rol de la medicalización (y control) de sus cuerpos.

En el *tiempo vivido* y en el *tiempo breve* (Spink, 1999) de la interaminación dialógica reflejada en las diversas voces que hemos identificado en las producciones discursivas respecto a los hombres y las masculinidades y sus relaciones con las políticas sanitarias, hay tensiones en la concepción de los hombres como sujetos de las políticas porque supondría percibirlos como frágiles y vulnerables, lo que a veces aparece como algo deseable para lograr derechos sanitarios para dicha población, a la vez que se rechaza por su rol de someter a los hombres al control y a las normas propias de la Sanidad y de la Medicina.

Como hemos puntuado, gran parte de las producciones discursivas que hemos analizado está construida alrededor de una noción de fragilidad llena de tensiones, por lo que, a continuación, vamos a detallar otro eje importante de análisis: el sistema fragilidad-fuerza y sus matices.

4.1.2 El sistema fragilidad-fuerza y sus matices

Los sentidos producidos sobre hombres y las masculinidades que hemos analizado están relacionados con lo que llamamos de *sistema fragilidad-fuerza*, término que nos pareció pertinente para incorporar los antagonismos, los tonos y las relaciones de complementariedad de dicho sistema, pero también las tensiones y contradicciones aplicadas a los polos opuestos en los sistemas binarios presentes en las prácticas discursivas analizadas (hombre-mujer, masculino-femenino, bueno-malo).

En el *tiempo largo* de los repertorios lingüísticos que hemos identificado, podemos decir que algunas ideas respecto a lo masculino lo asocian a la dominación, a la violencia, a la fuerza, a la autoridad central y el poder legislativo (en el caso de la política) y lo femenino a los enemigos, los intrusos, los subversivos y la debilidad, códigos transformados en leyes, por ejemplo, en la prohibición de la participación política de las mujeres, en la ilegalidad del aborto etc. Algunas de estas asociaciones han sido también señaladas por Scott (1990), retomando las ideas de Louis de Bonald. Para la autora, estas acciones tenían como objetivo la construcción y consolidación del poder, es decir, una forma de mantenimiento del control de la fuerza (Scott, 1990).

Dichas construcciones las vemos en los textos de las políticas y en las prácticas discursivas respecto al trabajo cotidiano de la gente que ha participado del estudio, como un *pasado presentificado* (Spink, 1999) en el *tiempo breve* de la producción de sentidos.

En este contexto de producción y partiendo de un nivel micro (de las prácticas sanitarias cotidianas), elegimos de la multiplicidad de posiciones de sujeto los tres “tipos” de hombres que comúnmente aparecen en las narrativas que hemos encontrado, lo que permite visualizar la dinámica del sistema fragilidad-fuerza puesta en acción: los hombres-usuarios (de drogas o de los servicios³¹), los hombres-profesionales y los hombres-reductores de daños. A continuación, pasaremos a analizar dichas posiciones de sujeto.

4.1.2.1 Posiciones de sujeto en el sistema fragilidad-fuerza

En líneas generales, podemos decir que:

1) los hombres-usuarios o potencialmente usuarios de los servicios de drogas son personas que transitarían entre los polos opuestos del sistema fragilidad/fuerza en la medida en que son vistos como fuertes en cuanto amenazadores/violentos y, a la vez, frágiles por los usos problemáticos de drogas.

2) los hombres-profesionales son personas que transitarían entre los polos opuestos del sistema fragilidad/fuerza por poseer un saber técnico valorizado socialmente, lo que se presenta como una fortaleza y, a la vez, fragilizados por el supuesto miedo expresado ante la amenaza representada por los hombres-usuarios.

3) los hombres-reductores de daños son personas *híbridas*, ni hombre-profesional, ni hombre-usuario, sino más bien un poco de los dos, posicionados de modo más cercano a uno u otro según el contexto de interanimación dialógica en el que se les presenta. Transitarían entre los polos opuestos del sistema fragilidad/fuerza justamente por su hibridez, que les permite por un lado ser vistos como fuertes porque logran una gestión de los riesgos relativos a sus usos de drogas que resulta incluso en una habilidad profesional, pero por otro lado son vistos como frágiles por no tener una profesión reglamentada para la que es necesaria una formación técnica específica y

³¹ Aquí cabe una explicación respecto a la utilización de la nomenclatura *usuario*, término utilizado en todos los documentos y servicios de sanidad pública de Brasil a partir del proceso de humanización del SUS, que progresivamente va intentando substituir las denominaciones cargadas de pasividad, como el enfermo o el paciente, en un intento de aproximarse de la idea de ciudadanía de quién *usa* el Sistema.

por continuar consumiendo drogas o haber sido una persona que tomaba drogas. Son hombres que no son vistos de modo muy fijo o estable, aparentemente porque no se adecuan a los modelos fijos que definen el *ser hombre-usuario* y el *ser hombre-profesional*.

Veamos algunos fragmentos de habla de los/las participantes del estudio, referentes a cada una de las posiciones de sujeto señaladas:

1) Hombres-usuarios:

ENT 5, Sec 7 - (...) el usuario va a la Unidad Básica Sanitaria (UBS) o al CAPSad, él encuentra resistencia del profesional sanitario. Entonces, generalmente él es criminalizado. Los profesionales sanitarios creen que el usuario de droga es bandido, es forajido, que va llegar... aquella violencia.

ENT 4 - Sec 64 - Quizá hoy sea necesario empezar a pensar que es desde una mirada de género que algunas relaciones abusivas se establecen. “Yo tengo tanto poder, soy tan herculino en esta sociedad, pero algo pasa – lo que por la lógica de la RD no es tan complicado – que me destituye. O me fragiliza, no lo sé. Puede también que me fragilice”. Este poder que lleva a pensar. Yo misma ahora comienzo a quedar pensando sobre qué hace que tantos hombres lleguen al poder.

En los fragmentos que tratamos de utilizar, hemos visto que se al hombre-usuario se le considera un bandido en algunas situaciones, pero en otras se reconocen las fragilidades de dichos hombres poderosos cuando empiezan a tener problemas con las drogas, lo que es visto como lo que va a destituirlo del poder.

2) Hombres-profesionales:

Grupo 3, Sec 58 - PART/GRU 19 - No hay condiciones de una mujer (profesional) ir sola para el trabajo de calle, y entonces el coordinador hace algo para cambiar esto, porque no puede de ninguna manera. Los chicos (público atendido) tienen mucho respeto por el equipo, tantos con los hombres como con las mujeres, pero en el caso de suceder algo en la calle el hombre que está al lado, el colega de trabajo, va a huir también, va a ser el primero a huir (risas). Una vez uno bromeando dice: “me han puesto en esta área, junto con vosotras - solo había mujeres - pero si ocurre alguna cosa yo soy el primero a huir, ¿de acuerdo?!” (risas)

La referencia a la imposibilidad de que una mujer vaya sola al trabajo de calle va acompañada de la resolución del coordinador, de poner a un hombre-profesional en el equipo para garantizar la seguridad. Por otro lado, cuando uno dice que “lo han puesto allí” con las mujeres pero él va a ser el primero en huir, señala una contradicción cuanto a la seguridad que dicho profesional representa en los contextos relatados. Sin embargo, aun así, a lo largo de las producciones discursivas analizadas, muchas

veces los/as participantes han reafirmado la existencia y la necesidad de dicha “estrategia preventiva”.

3) Hombres-reductores de daños:

ENT 2

Sec 31 – (...) ¿No sé si has manejado con un reductor? (...)

Sec 39 - ENTREVISTADORA – Hum-hum, sí.

Sec 40 - Entonces sabe de lo que estoy hablando. No es tarea fácil. Hasta porque tenemos reductores usuarios y creemos importante que estas personas tengan inserción en la comunidad, pero que tengan una forma de pensar profesionalmente, una forma de asumir las cosas y conseguir gerenciar el uso (de drogas), eso es muy diferente. Ellos tienen una ley propia, muy individual, y para entrar en la otra ley es complicado. Entonces yo creo que por esto la gente nunca lleva en cuenta estas cosas. Y hoy nosotros sentimos la necesidad (de reglamentar la profesión), porque no es posible seguir así (...).

Sec 97 - (...) Otro día estábamos conversando con dos reductores y uno de ellos llegó “pegado” (bajo efecto de marihuana). Él había acabado de fumar, estaba claro, y no conseguía articular y trababa. ¿“Lo que he hecho? No consigo acordarme”, ha dicho él. Yo dije: ¿“Déjame preguntar por qué no has recordado, chaval?”. Terminamos la charla, yo le dije que viniera otro día, para hablar respecto a lo que ha pasado, sin problemas.

Aquí podemos decir que la referencia a la dificultad de trabajar o “manejar” con un reductor de daños es negativa, aunque la participante ha intentado dejar subentendido el contenido hablado. Es decir, la estrategia utilizada ha sido muy clara: si la entrevistadora sabía de lo que ella hablaba, no hacía falta hablar otra vez. Por otro lado, la tensión en el manejo con los reductores señaladas en la necesidad de pensar profesionalmente y gestionar el consumo de drogas aparece de modo muy explícito, incluso con un ejemplo de una situación en la que el consumo no ha sido visto como adecuadamente gestionado.

Por otro lado, la dicotomía de género sitúa a las mujeres del siguiente modo en la relación con las posiciones de sujeto en las que se pone a los hombres: las mujeres-profesionales no tienen miedo de los hombres-usuarios pero necesitan de los hombres-profesionales y de los hombres-reductores para lograr el “control” de los hombres-usuarios en los centros sanitarios, o para garantizar la seguridad de los equipos profesionales en acciones de calle. Dicho control no se refiere solamente a una supuesta agresividad o violencia, sino también a una “adecuación” de los hombres a las reglas y acuerdos de funcionamiento de los servicios sanitarios. Así, podemos decir que aquí también hay una relación de fragilidad y fuerza; es decir, que como profesionales están encargadas del control y como mujeres son frágiles y necesitan de la actuación de colegas y reductores en el ejercicio de ese control.

Veamos algunos ejemplos:

Grupo 2

Sec 77, PART/GRU 17: (...) el usuario estaba allí todo el tiempo llamando la atención, no entraba en la actividad de grupo, se quedaba allí, hablaba alto... para llamar la atención solamente de las mujeres. Allí estaba un psicólogo... y él me buscó para hablar con la directora, y se quedó agobiado, (...) y entonces llegó el chico de la Capoeira, que ni conocía al usuario y dijo: ¿'qué pasa? ¿han llamado a la seguridad?' y entonces el usuario se calmó de una manera! (...)

(...)

Sec 87, PART/GRU 17: creo que es un proceso de deconstrucción que va llevar alguno tiempo. Infelizmente, la mayoría aún piensa así: 'mira, solo hay mujer aquí' y el hombre hace la fiesta (hace lo que le da la gana), tanto si tiene problemas mentales o no, él usa eso...

Sec 88, PART/GRU 11: es esto que yo estaba intentando explicar, él no hace más la fiesta como hacía.

Sec 89, PART/GRU 17: no, como hacía, no lo hace...

Sec 90, PART/GRU 11: no lo hace más, no... mismo con las mujeres él ahora consigue tener otro comportamiento dentro del servicio.

Sec 91, PART/GRU 14: Pero esas relaciones son fuertes aún. (...) Y entonces en aquel momento el chico de la capoeira estaba entrando y ni sabía lo que estaba pasando, pero cuando él dijo: "¿llamarán la seguridad?" El usuario ha entendido: ¡"llegó un hombre para detenerme!"

En la secuencia narrativa que hemos señalado, el hecho de tener a un hombre-profesional en el servicio ya garantiza el límite y el buen comportamiento de los usuarios por un lado, pero también la seguridad de las mujeres por otro, que son consideradas el blanco de la agresividad de los hombres.

Se espera que los hombres-profesionales protejan a las mujeres-profesionales y a otros hombres-profesionales, en el continuo de aproximación/alejamiento de los polos del sistema fragilidad/fuerza. Así, los hombres-profesionales que ejercen funciones "menos intelectualizadas" y más aproximadas a la necesidad de fuerza física para el éxito de sus intervenciones (el responsable de la seguridad o portero, por ejemplo), son llamados a la acción para contener alguna expresión de fuerza física interpretada como violencia.

Con relación a la agresividad de los hombres hacia las mujeres y la seguridad garantizada por la presencia de hombre-profesional en el equipo:

ENT 2 - Sec 70 - En algunos momentos yo pensaba: "Él (un hombre-usuario) me va pegar ahora". Hemos tenido la nítida sensación: "es ahora y estoy jodida". Nunca ocurrió nada, pero veo claramente que si hay hombres en el equipo técnico, eso es distinto, de imposición misma. Entonces, infelizmente, dichas cuestiones de poder aún son asociadas a lo masculino. Y la mirada hacia la mujer como más frágil.

La supuesta fuerza física de los hombres, considerada necesaria en el mantenimiento del orden en los centros sanitarios también se ve como algo que puede ser substituido por lo que llamaron de “manejo femenino”: un tipo de fuerza pautada en otro modo de resolver conflictos, que ofrecería a las mujeres la posibilidad de ocupar lugares de poder tradicionalmente masculinos, como los de coordinación de servicios, por ejemplo:

Grupo 2, Sec 86 - PART/GRU 14 - Nosotras no íbamos con la fuerza física, pero con otra cosa, con el manejo mismo. (...) resumiendo la gente que actúa en la sanidad, la mayor parte son mujeres, nosotras hemos desmontando esto, incorporando esa historia, usando una otra fuerza y es una cosa que ya está pasando en la sociedad en general, que es la mujer que va asumiendo este lugar, de ser el padre y la madre, de ser proveedor, yo creo que es un proceso...

Dicha fuerza femenina, que se sustenta en el diálogo, contrastaría con la fuerza física masculina, sin que la primera prescindiera de la segunda. De todos modos, el peligro eminente de que pase algo malo contrasta con la narrativa de que nunca o pocas veces han ocurrido situaciones concretas de violencia física en su trabajo cotidiano.

Así, en lo que queremos poner hincapié es en el hecho de que ese “hacer femenino” también está, por así decirlo, generizado, es decir, construye a las mujeres como dialogantes, comunicativas, etc.

Por otra parte, es interesante notar que aunque la fuerza física y la violencia aparezcan todo el tiempo asociadas a las producciones de sentido respecto de los hombres, es el uso inadecuado de la palabra que se elige como ejemplo de manifestación de violencia hacia las mujeres-profesionales. El uso de palabrotas en el lenguaje cotidiano es citado como ejemplo de situaciones de inseguridad, de falta de respeto o violencia de los hombres-usuarios hacia las mujeres profesionales de los servicios sanitarios, como se señala en el fragmento siguiente:

Grupo 3
Sec 56, PART/GRU 21 - En el CAPSad a nosotras nos pasa lo mismo, la mayoría somos mujeres, y hemos pasado por un proceso de violencia diaria por parte de ellos, así se molestan con cosas pequeñas y pasan a la agresión física (...) por ejemplo, cuando están jugando a *snooker* y dicen palabrotas, si hay un hombre cerca ellos (usuarios) siguen hablando, si hay una mujer dicen: “no diga esto, estamos delante de las chicas, respeten a la chica” y entonces estamos intentando trabajar con ellos diciendo: no es dejar de decir palabrotas porque son las chicas, sino porque aquí hay que aprender a convivir de otra manera, ¿vale?

Aunque el fragmento parezca señalar que la violencia se aplica por el hecho de ser mujeres delante de hombres, en el cotidiano de los servicios dichas mujeres son las profesionales. En relatos de situaciones en las que otras mujeres, usuarias de los servicios, han sido involucradas, la reacción no ha sido la misma por parte de los hombres. No referían ninguna protección respecto a la otra persona en los casos en los que “las chicas” no eran las profesionales.

Además, una vez más, los/las participantes hablan de la posibilidad de “pasar a la agresión física” pero al detallar la situación hablan de una supuesta violencia verbal y no física, como hemos destacado en otros momentos del texto.

Sec 57, PART/GRU 21 - Claro que comprendemos y buscamos ser más maleables porque el modo en que ellos viven el día-a-día, ¿vale? no se va a establecer que no van a poder decir palabrotas de ninguna manera, pero intentamos trabajar este tema con ellos, cuando hay un conflicto entre ellos y parten para la agresión verbal o física y nosotras (las mujeres-profesionales) estamos cerca. Si hay uno de los chicos (hombres-profesionales), ellos (usuarios) quedan en SUS sitios, pero si hay alguna mujer se acercan y creen que es un absurdo y dicen: “es un absurdo, cómo es que vosotros hacéis esto con las chicas aquí cerca, y *no sé qué, no sé cuanto*”, y hay una relación del equipo, ¿no?, que se siente inseguro y dice: “ah, la mayoría son mujeres y precisamos de más hombres”. Pero, también hay la relación de los usuarios con el equipo que nosotros mismos reforzamos. Ellos hacen un comentario de este tipo y el equipo se calla o dice: “es verdad, vosotros necesitáis respetar, hay una mujer delante”, y no dicen: “hay que respetar porque hay que convivir de una manera mejor, hay que evitar esa manera de tratar”. Esas cuestiones de género, ¿no? que “Ah, es mujer” y hay que tener una postura diferente, cuidadosa y con un hombre no.

En dichas situaciones, la presencia de un hombre-profesional también se considera suficiente para intimidarlos e imponer el “respeto”, pero, por otra parte, el respeto de los hombres-usuarios a las mujeres-profesionales aparece como un factor de protección para ellas. Si, por un lado, en las prácticas discursivas de los/las participantes respecto del comportamiento de los hombres-usuarios, las mujeres son señalada como el blanco de la agresividad, por otro, son puestas en el lugar del frágil que hay que proteger.

Dichas construcciones atribuyen a la mujer el lugar de fragilidad pero también una postura de comodidad, que las convierte en unas “florcitas”, como señala una de las participantes del estudio. La expresión denota gentileza por parte de los hombres hacia las mujeres.

El fragmento siguiente es un ejemplo de dichas tensiones y porosidades del sistema fragilidad-fuerza en la situación que acabamos de citar:

Grupo 2, Sec 59 - PART/GRU 22 - (...) pienso que es siempre mucho más fácil tratar con hombres porque ellos siempre hacen de nosotras una florecita, ¿no? (muchas risas) (...).

Dichas construcciones señalan lo que discute Scott (1990) respecto a uno de los cuatro elementos constitutivos que comprende el concepto de género: los símbolos culturales, que evocan representaciones, múltiples y contradictorias. La Virgen María, la que no es posible ofender, que inspira respeto y poder porque es la que cuida al otro, sus hijos. Por otra parte, ella misma es frágil y vulnerable, tiene el immaculado corazón expuesto tal como se nos presentan algunas imágenes de Santa María. Al nivel de la identidad subjetiva, que es otro de los cuatro elementos del concepto de género, dichas construcciones colocan a las mujeres-profesionales en una posición de cuidadoras incondicionales, aquella que hace que los hijos la quieran, respeten y velen.

Por otra parte, la mujer-madre también es vista como co-responsable de la violencia de los hombres (o también para disculparlos), ya que ellos supuestamente reproducirían lo que aprenden en el proceso de socialización primaria:

Grupo 2, Sec 41, PART/GRU 12 - Entonces, he escuchado desde una habla que sugería agregar toda la experiencia del Movimiento Feminista en una discusión de género aplicada a lo masculino, pero creo que el Instituto PAPAI ha hecho esto todo el tiempo, y en la medida en que logramos traer el Movimiento más cerca, hemos logrado seguir con acciones semejantes. No es tratar la violencia todo el tiempo culpando al hombre, sin hacer una escucha de él. Él es un hombre que también tiene necesidad de ser escuchado, que tiene un ciclo de vida, la madre de él es una mujer que lo ha educado, que muchas veces... Entonces, entender ese ciclo y no pasar todo el tiempo sólo discutiendo que él 'no puede golpear la mujer', culpabilizándolo.

La secuencia de discusión del rol de las mujeres en la educación de los hombres está relacionada con construcciones que atribuyen la responsabilidad de la vida privada y de la educación de los niños a la mujer madre, incluso la reproducción de la educación machista.

Es interesante notar que la perspectiva en la que trabaja el citado Instituto PAPAI, la no culpabilización inmediata de los hombres en los contextos de violencia hacia las mujeres, no se señala en sus publicaciones como una des-

responsabilización de los hombres por sus actos de violencia, sino más bien una problematización del tema, un intento de huir de los binomios *mujer-víctima* y *hombre-culpable* que no contribuyen a la promoción de estrategias adecuadas para trabajar con los hombres autores de violencia (Moraes *et. al.*, 2011).

Considerando, obviamente, que la violencia hacia las mujeres es una violación de derechos y un crimen, la propuesta es ir más allá de concebir a los hombres autores de violencia como entes demonizados, en la misma línea que las reflexiones feministas sobre la cristalización del lugar de víctima en el que se sitúa a las mujeres sometidas a la violencia. La propuesta, por lo tanto, es proponer un cambio de mirada hacia los hombres para no fijarlos únicamente en el lugar de agresores, señalando la existencia de un proceso dinámico, permeado de posibilidades de sujeto y lugares mutables (Moraes *et. al.*, 2011).

La supuesta reproducción de la violencia como generada por los procesos de socialización primaria también se considera que está relacionada con el poder atribuido a los daños que los usos de drogas generan en los hombres, que los reduce a *usuario de drogas*, dejando en segundo plan las otras dimensiones de su vida, inclusive la del género. Dichas construcciones aparecen como modos de perdonar, tutelar y marcar a los hombres-usuarios en el lugar de pasividad y enfermedad, y por qué no, domesticarlos para la acción sanitaria, como abordaremos más adelante.

Por otra parte, en las rupturas y contradicciones en las producciones de sentido hacia dichos hombres también se les niega el lugar del domesticado y del frágil. La violencia acaba siendo un modo de tornarlos visibles como hombres en los servicios sanitarios, especialmente porque allí son vistos por la falta³² y por la fragilidad. Dichos

³² Vale la pena recordar que el enfoque de la problemática de las drogas bajo la mirada de sectores de la psiquiatría tradicional y del psicoanálisis lacaniano considera que el manejo de “la falta” del objeto primario de deseo, una condición existencial de los sujetos, está relacionada con los problemas con drogas. En este sentido, y en las palabras de los autores citados (Melman, 1999; Darriba, 2005; Mattos Filho, 2009), las drogas aparecen como un objeto que permite el sentimiento de potencia imaginaria en nombre del narcisismo y contra la castración paterna. El intenso uso de drogas aquí es visto como una suspensión temporal de la existencia humana considerada difícil y llena de conflictos. Así, usar drogas sería un gozo de la propia muerte, ya que la suspensión de la vida aparece como una forma de agresión en contra de quien le ha dado la vida, en este caso, el padre. En este sentido, tomar drogas sería como castrar al padre. Al final, la posición de cada uno delante de la existencia humana y las relaciones de ésta con el padre podrían ser determinantes en la sensibilidad para la adicción a las drogas.

De todos modos, desde nuestra experiencia de trabajo y estudio, analizamos que aunque dicha perspectiva suponga una posición bastante activa, amenazadora y violenta del sujeto que castra a su padre, también la idea de “la falta” como algo que limita al otro que no tiene algo que necesita está muy presente en las prácticas discursivas de los/las profesionales que actúan en los servicios sanitarios dirigidos a las personas que toman drogas, aunque la perspectiva psicoanalítica no oriente directamente sus intervenciones.

Por supuesto, no nos proponemos seguir con esta discusión que solamente hemos puesto en nota de pié de página, pero creemos que se trata de un tema muy interesante para abordar el sistema fragilidad-fuerza y sus matices en las posiciones de sujeto presentes en el día a día de los servicios sanitarios.

hombres se ponen y son puestos en una posición activa de sujeto marcada por la amenaza de desorden y la violencia y, por lo tanto, por la supuesta necesidad de control y sujeción.

Asimismo, supuestamente han disminuido sus fuerzas en la medida en que enfermaron por las relaciones problemáticas con las drogas, percibidas como “entidades” más fuertes que ellos en dicho contexto de relaciones, algo que los aleja de sus cualidades de macho violento, poderoso y responsable de su vida.

De todos modos, los sentidos producidos respecto a los hombres y a las masculinidades relacionan la violencia de ellos con su fuerza, y el pacifismo con la disminución de dicha fuerza constitutiva del “ser hombre” y, por lo tanto, un alejamiento de dicha masculinidad. Así, en un continuo del sistema polarizado fragilidad/fuerza, cuanto menos violento, menos fuerte y, en consecuencia, menos hombre.

Por otra parte, si la búsqueda de drogas, especialmente ilícitas, y la cantidad de drogas que un hombre puede soportar aparece como señal de fuerza y coraje y, por lo tanto, de masculinidad; sin embargo, tener problemas relacionados con los usos se percibe como una fragilidad.

El abuso de las drogas o el no poder controlarlas hace que aparezca el discurso de la fragilidad, lo que nos pareció relacionado también con el tema de la accesibilidad de los recursos que hemos trabajado anteriormente. Es decir, asumir la necesidad de atención y acudir a los servicios es, pues, signo de fragilidad.

Especialmente en el Nordeste de Brasil, tomar alcohol se considera una práctica que cumple un rol importante en el proceso de socialización masculina y los bares son señalados como los sitios donde los pares refuerzan los modos tradicionales de ejercicio de las masculinidades pautados por la fuerza y el coraje (Nascimento, 1999). Incluso la cantidad de bebida alcohólica que se consume se considera una señal de la fuerza masculina adulta buscada por los más jóvenes (Acioli, 2002).

En esta dirección van algunas de las producciones discursivas analizadas:

ENT 7, Sec 36 - principalmente acá en el nordeste de Brasil, la gente vive de una relación cultural machista muy fuerte. Entonces, el hombre que usa droga es, a veces, el tío, el líder, el ciudadano (...).

Los juegos aparentemente antagónicos en el sistema fragilidad-fuerza se nos presentan como una vertiente cruda de los procesos de socialización de los hombres: por un lado, los hombres “sanos” son estimulados a buscar drogas para “hacerse hombres”, como parte importante del proceso de construcción de sus masculinidades, y por otro, los hombres “frágiles” que “enferman” por lo que les hace quienes son, es decir, por el uso de drogas que tenía el rol de hacerlos “hombres de verdad”, por buscar el “riesgo deseado” señalado por Spink (2000).

Hasta ahora, en este apartado, hemos discutido que los hombres-usuarios son vistos como peligrosos y, por lo tanto, fuertes. Sin embargo, también son vistos como frágiles porque están bajo el control de las drogas, percibidas como más fuertes que ellos. Las situaciones de fragilidad que sacan de ellos aspectos de sus masculinidades, como la fuerza física y la violencia, los aproximan del polo de fragilidad, alejándolos del “ser hombre” que se espera de ellos, sin que eso suponga que no van a ser violentos hacia las mujeres y otros hombres, que rompan reglas y hagan desorden en los servicios.

En este sentido, que los repertorios lingüísticos que describen a los hombres como fuertes, basados en construcciones de género que les sitúan en un lugar de privilegios en un sistema estructurado y jerárquico de poder, contribuye a la estructuración de servicios sanitarios en los que las demandas de los hombres son señaladas como de difícil identificación o infundadas, como si no fueran propias del área para las que están destinadas, negando la fragilidad de dichos hombres.

En este sentido, y creando vínculos entre este sub-eje del análisis y el anterior (respecto a que la Sanidad y la Asistencia no son áreas masculinas), señalamos que los/las profesionales participantes en la investigación describen la “escucha” de los hombres como una tarea difícil, así como el *acolhimento*³³, por el supuesto desconocimiento de sus demandas y las limitaciones profesionales para percibirlos.

Las demandas sanitarias de los hombres narradas en los servicios de atención a personas que tienen problemas con los usos de drogas encuentran resistencias de los propios profesionales, que tampoco quieren percibirlos como frágiles, aunque la idea de la fragilidad oriente el modelo de atención sanitaria aún hegemónico, pautado en la enfermedad. En este sentido, los problemas con las drogas añadidos al estigma de la marginalidad, contribuyen a la producción de procesos de exclusión de los hombres en los propios servicios. Como dicen los/las participantes del estudio, los

³³Como hemos dicho en el apartado B, el término *acolhimento* en portugués señalar una postura política.

usuarios de drogas son colocados en salas separadas en hospitales generales, son considerados como los que “no valen nada”, los que no consiguen o no quieren dejar de usar drogas.

Aquí hacemos hincapié en el histórico proceso de exclusión generado en el proceso de situar a la locura en el albo de la ciencia y de las intervenciones sanitarias, lo que ha justificado innumerables explicaciones irrazonables y ha puesto a los insanos como agentes del desorden y del libertinaje (Foucault, 1978b).

La legitimación de la violencia institucional y otros juegos de exclusión se han manifestado en las instituciones médico-jurídicas, donde las eran ingresadas personas que usaban drogas. En dichas instituciones, muchas de las intervenciones consideradas terapéuticas cumplían el rol de punir y no de tratar, o intentaban disminuir el conflicto entre el excluyente y el excluido, con la utilización por ejemplo de medicamentos que fijaban a los enfermos en una posición de pasividad (Foucault, 1975; Basaglia, 1985).

Por supuesto, dichas producciones discursivas son presentificadas en las voces tornadas activas por esta memoria cultural (*tiempo largo*) y pasan a formar parte del *tiempo breve* de la producción de sentidos (Spink, 1999), respecto a cómo son las personas que usan drogas y cómo deberían ser tratadas en los servicios sanitarios.

Además, haciendo una lectura de género de dichas construcciones (Scott, 1990), podemos decir que el lugar de la pasividad y del que está bajo control, del subordinado, son conceptos normativos que asocian lo femenino al lugar del enfermo y la intervención médica masculina al lugar del agente, traducciones del modelo binario hombre-mujer al nivel de la sanidad que tiene repercusiones en la manera en que hombres y mujeres profesionales de esta área construyen sus modos de intervenir, y cómo los hombres-usuarios actúan en el día a día de los servicios, negando o reafirmando dichas construcciones.

Respecto a la posición de sujeto de los hombres-profesionales, hemos visto que se espera de ellos una intervención más contundente, o la simple demostración de que dichos hombres tienen un tipo de fuerza física bienvenida en el mantenimiento del buen funcionamiento del servicio, y no se ve asociada a la violencia.

Es importante notar que la relación entre hombres y violencia no ha sido explicitada en la interanimación dialógica en la que el foco de la discusión eran los

hombres-profesionales. Es decir, la violencia se asocia a la masculinidad del hombre-usuario y no a la de los hombres-profesionales, señalando que funcionan diferentes ejes de diferenciación al mismo tiempo, pues no es sólo la masculinidad, sino la masculinidad de los hombres-usuarios la que se califica como violenta.

Por otro lado, a los hombres-profesionales se les ve también como aquellos que tienen miedo de los hombres-usuarios. Son visto como los que van a huir en el caso de que pase algo malo en el trabajo de calle cotidiano, como hemos visto anteriormente. En las mismas secuencias dialógicas en que se trata a los hombres-profesionales como temerosos, se reafirma la necesidad de que las mujeres-profesionales no realicen actividades de calle solas, sin un hombre en el equipo de trabajo:

ENT 2, Sec 67 - Percibía claramente esa cuestión del femenino *versus* lo masculino. No solo por las bromas que escuchaba, no solo por la exposición al riesgo mismo, pero cuando un hombre estaba con nosotras era mucho más tranquilo. Y este cuidado tenemos hoy en el Programa de Reducción de Daños, claramente. Dependiendo del campo, no es bueno ir dos mujeres. O ir para el campo y una de las mujeres decir: "ah, no quería ir sola". ¿Ir para la Ceilândia, dos mujeres solas? Hasta han ido, pero no si sienten seguras. En campos más violentos, donde hay un riesgo más grande... pero nunca hemos tenido problemas. En 10 años, nunca hemos tenido problemas.

Sin desconsiderar obviamente las implicaciones concretas de la violencia que las mujeres poden sufrir, y que sufren cotidianamente, no queremos apuntar a que los temores sean infundados, sino más bien evidenciar las contradicciones expresadas en estas prácticas discursivas y el rol que cumple la reafirmación de la fragilidad femenina en el mantenimiento de las relaciones de poder pautadas de género. Por otro lado, no se comenta el riesgo al que los hombres-profesionales pueden estar expuestos al transitar por los llamados "campos violentos", lo que también nos pareció que cumplía la función de reafirmar que la exposición al riesgo es algo masculino, esperado de un hombre, para lo que ellos tenían herramientas para manejarse.

Ahora pasamos al análisis del tercer "tipo de hombre" que señalamos: los hombres-reductores de daños.

4.1.2.2 Hombres reductores de daños: los híbridos en las actualizaciones del sistema fragilidad/fuerza

Los hombres-reductores de daños se nos presentan como una expresión menos fija de posiciones de sujeto en el sistema fragilidad/fuerza. Los sentidos

producidos sobre dichos hombres los sitúan entre los hombres-profesionales y los hombres-usuarios de drogas, sin dejar de ser uno u otro.

Aunque sean nombrados por su actividad profesional (reductores de daños), no son vistos como semejantes al resto de hombres-profesionales sanitarios. Tampoco son vistos como “típicos” hombres-usuarios de drogas porque desarrollaran modos eficientes de gestión de sus usos, estableciendo un tipo de relación con las drogas que se considera positivo por cumplir un rol de habilitar a estos hombres para actuar en los contextos de atención sanitaria.

Ese “no lugar” de reductores ayuda a ir construyendo otro lugar. Un lugar híbrido, que escapa a la dureza de las otras dos posiciones de sujeto que hemos discutido. Al tiempo en que las prácticas de “campo” de la reducción de daños, que configuran la principal actividad de los reductores, es valorada, considerada necesaria, compleja y que exige una sensibilidad especial y coraje para realizarlas, también hay una dificultad en ponerla en el mismo nivel que otras categorías profesionales u otros profesionales sanitarios, atribuyéndose a los reductores el nombre de “colaborador”, de acuerdo con muchos/as de las/los participantes del estudio, quizá porque aparentemente no es necesaria una formación técnica que habilitaría a alguien a ser reductor de daños:

ENT 1 - Sec 165 - El reductor de daños hoy está señalando a lo que vine para nosotros ¿?, pero todavía no convencemos las otras áreas. Pero, como hablé, es un proceso para discutir con la gestión. El Secretario municipal, la autoridad sanitaria, para mostrar el valor de este agente (reductor) como colaborador y como protagonista de un modelo de intervención (...)

Sin embargo, dicha dificultad aparece también relacionada con la especificidad de estos trabajadores por el hecho de pertenecer a clases sociales bajas, tener baja escolaridad y consumir drogas. Dichos elementos, añadidos a la lógica de la guerra a las drogas, fortalece el prejuicio relacionado con no considerarlos trabajadores semejantes al resto.

Petuco y Medeiros (2009) discuten las dificultades por las que pasan los reductores/as para legitimar sus prácticas, por actuar en contextos socioculturales que están bajo el impacto de la guerra a las drogas, lo que acaba por dificultar también el desarrollo de la propia RD en cuanto al conjunto de saberes y prácticas.

De todos modos, en el contexto de los sentidos producidos sobre las personas que usan drogas, sin duda ser reductor de daños añade valor y señala una menor fragilidad y la superación de situaciones de vulnerabilidad consideradas extremas.

El tema de la creación de una categoría profesional llamada “reductor/a de daños” también es señalado por los/las participantes del estudio como un punto de debate que nos pareció importante en el sistema fragilidad/fuerza, principalmente visto en las entrevistas del estudio, que han sido realizadas en un momento histórico en el que empezaban a aparecer documentos normativos oficiales de reglamentación de su práctica profesional (entre 2007 y 2010).

Sin duda, dicha reglamentación también es el resultado de las intervenciones políticas de los movimientos sociales de reducción de daños, antiprohibicionista y del derecho sanitario a las personas que consumen drogas. Dichos colectivos, articulados o no, actuaron políticamente en el sentido de la creación de la referida categoría profesional como un modo de reconocimiento público de dichos trabajadores, valorización y legitimación de sus prácticas, consideradas importantes para lograr alguna desprecuarización de sus relaciones de trabajo.

Veamos algunos fragmentos de habla que tratan del proceso de reconocimiento legal de la categoría profesional:

ENT 1 - Sec 167 - (...) tenemos una mirada muy especial para esas experiencias de trabajo de campo – de la primera década – y valoramos esto. Pero hoy, en la actualidad, en respuesta a la epidemia, ¿cómo valorar eso, cómo establecer?... porque... el movimiento, no lo sé si es equivocado, pero no hay consenso, pero para una parte de los profesionales sanitarios, del gobierno, que cree equivocado partir para un proceso de trabajo en definir una categoría profesional. Y esa es una demanda del movimiento. Sabes lo que digo, ¿no? En el seminario ha sido fuerte este tema: “ah, nosotros queremos ser una categoría profesional, para lograr un reconocimiento”. ¿Es mismo este el camino? Entonces, hay esta discusión, no hay consenso, pero... (...) creemos que es más por el camino del reconocimiento, valorización, y de incluirlo como un agente importante de esa red de intervención (...) Tenemos urgentemente que dar un lugar, un espacio, un reconocimiento oficial. La gente sabe que debe, pero está muy frío el proceso, y veo que podemos, que la gente valoriza la RD como una política, ¿no? Y que la RD tiene un lugar, un significado, un concepto específico, y es una intervención, significa una intervención específica, es una salva-vidas. Salva vidas. El agente reductor de daños forma parte de eso, él compone, él cualifica eso

ENT 7, Sec 23 - La Política de RD, en Recife, acabó siendo dirigida a los grandes eventos – carnaval, San Juan, las fiestas, acciones puntuales en el territorio, de los reductores y tal... Es muy loco eso, porque son los disensos y disparates dentro de la Política. Porque por otro lado, también, Recife avanzó y ha creado el cargo de reductor de daños, transformándolo en servidor público – lo que ha sido una experiencia innovadora (...)

Los fragmentos anteriores señalan otra tensión importante: reconocer la política de RD como política sanitaria estaría relacionado con reconocer a los/as trabajadores/as de la RD como trabajadores sanitarios, aunque no esté muy claro cuál es la mejor manera de llevar a cabo dicho reconocimiento³⁴.

Dichas construcciones son importantes para pensar el sistema fragilidad/fuerza porque la falta de reconocimiento legal y la precarización del trabajo son señalados por algunos autores (Petuco, 2007; Petuco & Medeiros, 2009) como factores relacionados con la fragilidad de los propios reductores, sea como trabajadores, sea como sujetos vulnerables ante los usos de drogas.

Así, los hombres-reductores de daños representan un tipo de “masculinidad compleja”, ubicada entre la violencia y la contención, entre la clandestinidad y el trabajo formal, entre la criminalidad y la generación de renta relacionada con las drogas, que no es por la vía del narcotráfico, situación muy frecuente entre los hombres de comunidades pobres.

De todos modos, parecen ser posiciones de sujeto a las que se les permite el tránsito entre distintas posiciones. Como ha dicho una entrevistada: “Ellos tienen una ley propia muy individual y para entrar en la otra ley es complicado” (ENT2, sec.45), señalando el tránsito por los sitios no establecidos hegemónicamente. La “otra ley” a la que refiere es la ley aplicable a los ciudadanos y ciudadanas de modo general, la legitimada. La “ley propia” es la compartida solamente por ellos o por su grupo.

Encontramos relatos de entrevistados que narraran las relaciones profesionales con reductores que han participado en reuniones bajo el efecto de drogas, pero el problema ha sido “manejado” de un modo simple. En otros relatos se señalan las preocupaciones con las prácticas de tráfico de los trabajadores reductores en determinadas situaciones de mayor fragilidad (en relación con la gestión del uso o dificultades económicas).

³⁴ Hay que considerar que la centralidad de las prácticas discursivas de los/las participantes del estudio en la cuestión de la profesión de los/las reductores/as de daños, cuando el tema discutido estaba relacionado con dichos/as profesionales, tiene que ver con mi lugar en cuanto investigadora. Como hemos señalado en otro apartado, poco antes del inicio del doctorado he estado ocupando la vicepresidencia de una red nacional de reductores/as de daños en la que la pauta política principal en aquel momento era la desprecuarización del trabajo de los/las reductores/as. Así, la interanimación dialógica que resulta de las posiciones de sujeto en el momento de la entrevista, de la entrevistadora que representaba también allí otras voces, y de los/as entrevistados que conocían o habían oído hablar de la investigadora anteriormente, han dejado visible también otras relaciones de poder que han contribuido a la producción de sentidos en el encuentro dialógico señalado.

Aprovecharemos el debate de las cuestiones económicas para pasar a otro subapartado, teniendo en cuenta que hay que considerar otros ejes de diferenciación de los hombres que también forman parte del sistema fragilidad-fuerza, además del género y del hecho de tomar drogas.

Pero antes de pasar al siguiente tema, nos pareció oportuno señalar que hay mujeres reductoras de daños, aunque en general se hace referencia a los hombres reductores. Ser una mujer reductora es signo de fuerza y coraje, como discutiremos en otro momento, pero hay un conjunto de elementos considerados masculinos, necesarios para desarrollar bien la función de reductor. Trataremos este tema más adelante.

4.1.3 Otros ejes de diferenciación además del género

4.1.3.1 La precariedad de la vida y las fragilidades socioeconómicas

El concepto de género que hemos utilizado (Scott, 1990) nos permite y estimula abrir las posibilidades de lecturas articuladas con las de clase, raza/etnia y otros ejes de diferenciación relacionados con las posiciones de sujeto que hemos trabajado anteriormente.

En todas las producciones discursivas a las que nos hemos aproximado en ocasión del estudio doctoral, los repertorios lingüísticos identificados en los documentos de políticas públicas analizados son los contenidos discursivos que se refieren más claramente a los contextos socioeconómicos relacionados con los problemas sanitarios vinculados a los usos de drogas. Aunque hemos encontrado en los documentos muy pocas referencias explícitas a los hombres, cuando lo hacían señalaban un intento de justificar las motivaciones del consumo de drogas y generalmente el contexto socioeconómico ha sido citado como factor vulnerabilizante:

DOC 11, p. 74 - (...) la poca empleabilidad de los usuarios que generalmente proviene de la poca escolaridad, es uno de los factores dificultadores del tratamiento. La falta de renta y la consecuente ociosidad aparece en el discurso de los usuarios como una de las causas de la continuidad de uso de drogas. La función de la droga, en estos casos, es disminuir la angustia derivada de la vulnerabilidad social del individuo, llenando el "vacío" de la perspectiva de vida.

Las fragilidades socioeconómicas que aparecen relacionadas con muchos procesos de exclusión social asociados a los problemas sanitarios recurrentes de los usos de drogas no pueden ser discutidas desconectadas de la reflexión respecto del modo en que el gobierno brasileño gestiona el tema de las drogas a nivel macrogubernamental, como hemos señalado en el apartado B de la tesis.

Muchas de las situaciones de vulnerabilidad socioeconómicas que se asocian a los hombres que consumen drogas son vistas como reflejo de la opción de una política pública represiva y prohibicionista de guerra a las drogas, generadora de muchos de los daños por promover la ilegalidad.

En este contexto, Karam (2003) señala que la intencionalidad política que encuadra un acto como crimen no es la protección de las personas, sino la obtención de disciplina social, que busca mantener y reproducir valores e intereses de las clases dominantes. Así, destaca la producción de violencia como un resultado directo de la ilegalidad promovida por la intervención del sistema penal en el comercio de drogas ilegales que, entre otras cosas, impide la resolución de conflictos por medios legales.

En este sentido, la producción de delincuencia relacionada con las drogas ilegales se considera responsable de muertes de hombres jóvenes, negros y pobres, además de cumplir un rol de “mantenimiento del orden” y control de las comunidades pobres (Éfrem Filho, 2010; Moraes, 2010; Karam, 2003; Minayo, 2003; Acserald, 2000).

Así, al hacer hincapié en el comercio de drogas ilegales, la guerra a las drogas ejerce un control de las clases pobres y amplía el poder policial hacia dichas poblaciones, bajo la justificación del combate a las drogas, el combate al enemigo, creando una compleja red bélica (De Paula Santos, 2007).

La idea de vida precaria desarrollada por Butler (2010) ayuda a pensar la vulnerabilidad de los hombres-usuarios. En los contextos de precariedad de la vida y de banalización de la muerte, parece evidente que hay “vidas que importan” y “vidas que no importan”, lo que acaba justificando también la guerra a las drogas porque supuestamente libraría a los/las ciudadanos/as de los delincuentes.

Aquí cabe explicar que generalmente las diferencias entre las personas que consumen drogas y las que venden o cometen crímenes relacionados con el tráfico no aparecen o no son percibidas a nivel legal, por ejemplo. El involucramiento de las

personas con drogas ilegales *per se* es suficiente para considerar a dichas personas indeseables, como sujetos que no importan, que no hace falta, especialmente en las comunidades más pobres, en las que la estigmatización aparece de modo más evidente.

De todos modos, la autora apunta que una vida concreta no puede una vida no puede considerarse/juzgarse perdida si no se acepta/concibe como viva y que antes de ampliar nuestras luchas sociales y políticas de derechos básicos a la protección, precisamos repensar lo que significa precariedad, vulnerabilidad, daño, exposición, deseo, trabajo y pertenencia social (Butler, 2010).

Dichas reflexiones las hemos incluido aquí para pensar las producciones discursivas de los/las participantes del estudio respecto a los hombres-usuarios que son descritos por lo que “no tienen”, por la precariedad de sus vidas, por la incapacidad de dejar de tomar drogas, por la dificultad de proveer financieramente para sí mismos y sus familias.

En este sentido, las relaciones con las drogas, sea el uso o el comercio, aparecen muchas veces como consecuencias de la imposibilidad de ser hombres-proveedores por las vías socialmente aceptadas, de ganarse la vida de otro modo. El valor que en nuestra cultura se le da al hecho de “ganar dinero” en general no es compatible con lo que muchos de los hombres de comunidades pobres pueden ganar por sus niveles de escolaridad y profesionalización.

Los problemas generados por esta complejidad son potencializados e influenciados sobremanera por el contexto del capitalismo actual, centralizado en el mercado y en el consumo (Minayo, 2003).

Algunos autores señalan que el trabajo en el tráfico de drogas aparece como una posibilidad muy atractiva de ganar sueldos que no lograrían ganar con otras actividades económicas, por sus bajos niveles de formación. Además del dinero, el poder asociado al tráfico, el poder de llevar una arma e imponer temor a otros se señala también como un valor (Soares, 2003); aspectos que nos parecen relacionados muy fuertemente con el hecho de “ser hombre”, aunque pocos estudios hagan un análisis de género de dicha relación.

Luiz Eduardo Soares (2003), un importante autor sobre la seguridad pública en Brasil, discute que, al recibir un arma de un traficante de drogas, el joven que está

siendo “reclutado” para el tráfico de drogas recibe mucho más que un instrumento que proporcionará ganancias económicas o acceso a las drogas para su consumo: recibe una llave que abre una puerta de entrada a su propia existencia social, que acaba pasando también por la imposición de respeto bajo la amenaza y el miedo.

Aquí vale la pena señalar que Brasil se considera un país que concentra un número demasiado grande de homicidios, que supera incluso los datos de países que pasan o han pasado por una guerra civil. Un estudio ha comparado las tasas de homicidios en los conflictos armados en el mundo. Los 12 mayores conflictos, que representan el 81,4% del total de muertes directas en conflictos armados, en los últimos 4 años, han dejado 169.574 víctimas, según datos oficiales. En Brasil, un país supuestamente sin disputas territoriales, guerras civiles o enfrentamientos religiosos, han muerto 192.804 personas víctimas de homicidio en los últimos 4 años (Waiselfisz, 2011). Una parte de dichos crímenes está relacionada a la ilicitud y a la violencia generada por el comercio de drogas, aunque dicha relación sea muy compleja.

En el contexto que hemos apuntado, podemos añadir lo que discute Da Matta (1990) cuando dice que nuestra sociedad está construida bajo un sistema social de jerarquía y autoridad consideradas “naturales”, generado por un pacto entre fuertes y frágiles, en el que la posición de delincuente diferencia a sus agentes.

Siguiendo dicho argumento, podríamos decir que los hombres considerados frágiles por sus condiciones de no proveedores económicamente, por ejemplo, al asumir la posición de delincuentes, pasan a ser vistos como fuertes y poderosos, logrando respeto y reconocimiento en sus comunidades y ante sus pares.

Encontramos un estudio sobre dicha relación de fuerza *versus* fragilidad y sus repercusiones en el día a día de comunidades pobres de Brasil. En él, la posición de delincuentes reafirma la división entre fuertes y frágiles, entre los que tienen miedo/obedecen y los que imponen miedo/transgreden (Guedes, 1998).

Por otra parte, hemos encontrado en las producciones discursivas analizadas algunas referencias a la relación de sumisión financiera de los hombres respecto a las mujeres, citada como agravante del problema que hemos señalado:

Grupo 1

Sec 28, PART/GRU 2 – (...) Cuando hablamos con él joven, él trae mucho el tema de “quiero ayudar en mi casa, quiero tener mi dinero”, esa cuestión de la independencia y del rol del hombre, de tener su dinero, de sostener

económicamente su casa, de traer las cosas, de poder comprar, de no depender de la madre...

Sec 29, PART/GRU 1 - de pagar para la novia...

Sec 30, PART/GRU 2 - (...) él quiere tener el su propio dinero. Y empieza la angustia, de no tener una actividad productiva, de no haber terminado o salido de la escuela, de no tener una perspectiva de inserción en el mercado de trabajo, entonces él ve el comercio de drogas como esa vía, muchas veces él ni es usuario de droga. O entonces usa marihuana, o cigarrillo, pero no el crack, que él va comenzar a usar. Pero ellos dicen mucho esto, el tema del dinero mismo y de la relación de dependencia con la madre, de él poder ser dueño de su propia vida, y no depender de su madre. Entonces yo creo que nosotros vemos la cuestión de género, ya trayendo estos roles.

La fragilidad económica, las pocas oportunidades de empleo y renta, deporte, cultura y ocio, muchas veces son señaladas como excusas o justificaciones para la involucración de los hombres (principalmente los jóvenes) con las drogas. En dichos casos, el objetivo del tratamiento incluiría ayudarlos a tornarse un hombre capaz y responsable (económicamente, en concreto) por sí mismo y por las mujeres con las que se relaciona (madres, novias, esposas etc.).

De todos modos, las supuestas excusas son significadas de este modo cuando el hombre del que se está hablando es joven, pero no para los casos de los hombres adultos. Sin embargo, lo que queremos señalar es que el rol que cumplen otros ejes de diferenciación que están articulados con el género, en las producciones discursivas que hemos analizado. Además de la edad, como acabamos de decir, otro importante eje de diferenciación es la raza/etnia, que también se articula muy fuertemente con el género, especialmente en los contextos de fragilidad socioeconómica que hemos tratado.

Los hombres de los que estamos hablando, en general jóvenes y pobres, son en su mayoría negros, pero dicho eje de diferenciación muchas veces no es visto o articulado con los demás.

Cláudio Pedrosa (2006) ha estudiado justamente la ausencia de referencias al género y raza en los contextos de atención a la sanidad mental de Brasil. El autor señala que no es la inexistencia de conocimientos respecto a los temas de género y raza lo que limita la inclusión de dichos temas en los repertorios lingüísticos relacionados con la atención en la sanidad mental, sino uno dispositivo sociocultural de exclusión que tiene el rol de garantizar el alejamiento entre los dos campos (género y raza) (Pedrosa, 2006. p149).

Resulta interesante notar que en nuestro estudio ninguno de los documentos de políticas públicas analizados hace referencia a la raza o etnia. Los temas han sido tratados en una única entrevista y se han señalado una única vez en uno de los grupos de discusión. Sin embargo, en el grupo ha sido utilizado el término *etnia* para hablar del propio equipo de trabajo, pero no se ha hecho ninguna referencia directa al tema en los grupos. Veamos los ejemplos:

Grupo 2, Sec 92, PART/GRU 12 – (...) donde trabajamos hay gestores, en la mayoría mujeres, pero respetamos mucho la diversidad de género, la cuestión de etnia, tenemos mucha libertad para trabajar eso de modo muy tranquilo en debates, seminarios...

En la entrevista el tema ha aparecido de modo más articulado y referente a el público de las políticas sanitarias:

ENT 7, Sec 52 – (...) ¿ser mujer? un problema. ¿Ser mujer usuaria de drogas? otro problema. ¿Con problema mental? otro problema. ¿Pobre? otro problema. ¿Negra? Otro problema. ¿Imaginas? Vamos añadiendo valor al problema de la mujer. Pero el hombre puede ser todo esto, pero aún va a ser visto socialmente... él aún va estar mejor puesto en la sociedad. (...) para la mujer es aún más difícil.

En el fragmento que acabamos de señalar se ha utilizado un conjunto de repertorios para referirse a los diversos ejes de diferenciación que se articulan al género, pero destacamos que ha sido solamente en dicha entrevista donde el tema de etnia ha aparecido junto con los ejes articulados.

4.1.3.2 La legitimidad de la intervención: la posición de interventor/a y la de intervenidos/as

Además de las cuestiones socioeconómicas, hemos visto que la legitimidad de la posición de interventor/a respecto a los intervenidos también sitúa a los hombres-usuarios en el polo de fragilidad ante el otro/a, en el contexto de atención sanitaria.

Veamos un fragmento que trata del tema:

Grupo 2, Sec 14, PART/GRU 11 - Desde el momento que el usuario llega al servicio, un hombre que llega dentro de su masculinidad, un hombre fuerte, un hombre de poder... Desde que él llega allí para hablar con una mujer, es un sistema de mucha humillación, él se siente muy humillado y a veces no adhiere... la adhesión al tratamiento... Esta relación de género. Y para mí ha sido muy bueno en aquel momento que él (un profesional que ha hecho una investigación sobre masculinidades en el servicio donde la participante del grupo trabaja) ha dicho esto, que yo nunca pensé que un hombre (usuario) que iba llegar allí, que él se estaría humillando para hablarme, yo no tenía dicha noción.

Es interesante señalar que un importante grupo de producciones discursivas que utiliza la palabra *poder* para explicitar lo que se quiere decir respecto a los hombres considera dos grupos: *grupo 1*) que a los hombres se les ha atribuido poder por la función o profesión (médicos, psiquiatras, vigilantes, reductores de daños etc.), los cuales tienen poder por ser detentores de saber o fuerza física para intervenir junto a los hombres-usuarios; *grupo 2*) los que ejercen poder por la violencia, los que no cumplen normas y son inadecuados socialmente. En la jerarquía de género, al *grupo 1* les toca controlar al *grupo 2*, excepto en el caso de reductores de daños, cuya hibridez les hace funcionar de un modo muy particular.

Dichas construcciones establecen un tipo de jerarquía entre los hombres que remite a su posición de sujeto en los servicios: aquellos que los dan, aquellos que los reciben, aquellos que los dan pero también puede que reciban (los reductores), de modo que la distribución de asimetrías funciona de manera compleja entre los tres tipos de hombres que hemos identificado y señalado y, por supuesto, con las mujeres en diferentes posiciones de sujeto.

Además de la relación entre género y capacidad para cumplir sus funciones profesionales, otro conjunto de sentidos articulados a éstos apuntan a una supuesta capacidad de gestión técnica. Lo que llaman de “capacidad de elaboración” se considera una característica relacionada con la detención del poder del conocimiento que también forma parte del grupo de repertorios que señalan las relaciones de poder entre intervenidos y quien interviene.

Veamos un fragmento que trata del tema:

Grupo 2, Sec 74, PART/GRU 11 – (...) veo que son los saberes, independientemente del sexo, hay personas que comandan más determinada discusión, que tienen propiedad del saber, ¿percibes?, pero nunca porque es un hombre, una mujer, no. La capacidad de elaboración, de pensar, se destaca dentro del proceso de discusión. (...) ¿Cómo el saber es descentralizado dentro de la discusión? Quién comanda más la discusión, en la relación de conocimiento, y no de género, se es hombre o mujer. No lo sé, pero percibo así.

El eje de diferenciación que es la legitimidad de la intervención afecta al eje de género, que se ve influenciado por este otro eje en el cual las mujeres que son profesionales, por ejemplo, tienen cierta capacidad sobre los hombres-usuarios, ya que tiene un saber-poder que les legitima para actuar en la atención sanitaria.

4.1.3 Autoridad e imposición de límites: atributos masculinos necesarios en la atención sanitaria a las personas que consumen drogas

La cuestión del límite y de la autoridad han sido referidas innumerables veces por los/las participantes de la investigación.

Históricamente, el/la “paciente” de la “clínica de la toxicomanía” es descrito como alguien que necesita límites, que no ha incorporado la “autoridad paterna” de modo adecuado, por lo que la compulsión por las drogas es una manifestación que necesita una ley desde fuera, desde el otro. Además, muchos estudios científicos señalan la relación entre los usos problemáticos de drogas y la ausencia paterna, además de los comportamientos permisivos de los padres hacia los hijos y la indisciplina en el hogar como factores de riesgo para el desarrollo de una dependencia química (Broecker & Jou, 2007; Pechansky *et.al.* 2004).

Dichas construcciones forman parte del *tiempo largo* de los repertorios lingüísticos que hemos identificado, pero intentamos ir más allá en nuestro análisis de las prácticas discursivas, especialmente en el *tiempo breve* y en el *tiempo vivido*, ampliando nuestra mirada al analizar el tema de los límites, la autoridad y la reafirmación de las normas en los servicios sanitarios que atienden a los hombres que consumen drogas.

En las producciones discursivas que hemos analizado, la autoridad y la falta de flexibilidad de profesionales en la relación con los hombres atendidos en los servicios son vistas a la vez como necesarias y como dificultadoras; si por un lado son esperadas, por otro lado son rechazadas.

El rol de imponer el límite aparece como una característica masculina, aunque se considera posible que lo lleven a cabo hombres o mujeres, como hemos visto en otro sub-eje de análisis. La necesidad de mantener los servicios funcionando sin problemas, sin violencia o desobediencia a las reglas, impone a los equipos una vigilancia constante, especialmente por parte de los hombres-profesionales, encargados de mantener el orden en el servicio. Sin embargo, hemos señalado, por otra parte, que los hombres-reductores de daños y las mujeres-profesionales también son vistos como personas que tienen maneras de llevar a cabo dichas prácticas de control e imposición de límites, especialmente por el saber-poder que les son atribuidos por sus posiciones de sujetos interventores.

La imposición de límites y prohibiciones inicialmente apunta hacia el mantenimiento del orden en los servicios sanitarios, pero rápidamente pasa a evidenciar la necesidad de predicción, de normalización y de control hacia las personas, vista como una de las funciones de la intervención sanitaria. Sin embargo, dicho objetivo de la intervención se considera aún más complejo por estar acompañado de un elemento más: la dificultad de controlar la vida de personas que no se controlan.

Así, los usos de drogas son vistos como un comportamiento compulsivo, incontrolable y generador de transgresiones diversas. Por otra parte, a los hombres que consumen drogas también se les considera agresivos y violentos, comportamientos que se ven ampliados por los usos de drogas, por lo que el tema de la imposición de límite gana aún más fuerza y legitimidad. En este sentido, como vamos a analizar más adelante en otro sub-eje, la sanidad acaba siendo la vía de domesticación/medicalización de dichos hombres por un lado, y por otro lado, el incumplimiento de las reglas una manera de no dejar dominarse.

El “no puede” aparece como una expresión importante del lenguaje limitador y es visto como lo que dificulta la “adhesión” de los hombres a los servicios sanitarios. En este sentido, cuando hablan de hombres indomables, descontrolados, que consumen drogas que producen descontrol, la perspectiva de la reducción de daños aparece como una posibilidad de acercarse a ellos, de construir una relación de confianza, como vamos a trabajar en otro eje de análisis.

Veamos un ejemplo:

ENT 2, Sec 76 - (...) La mirada de respeto, del derecho al uso – creo que el tema es muy difícil. La mayoría de los médicos aún impone: “si no paras, no voy darte las medicinas; si no paras, no voy tal cosa...”. Y ellos (usuarios) no dicen (que han usado drogas). Y van para mi grupo de apoyo y hablan: “doctora, yo uso, el otro usa... pero no podemos hablar con el doctor”. Yo escucho mucho esto (...).

Es interesante que la idea de que la norma y la ley viene del “padre”, del hombre, es masculina y está muy presente en las producciones discursivas de los/las participantes del estudio. Asimismo, dicha referencia a veces no aparece de manera explícita, como si los conocimientos del psicoanálisis se señalaran como estructuradores de la atención sanitaria en el escenario de la llamada “dependencia química”, pero no pudiera ser nombrada como tal. No nombrarla puede ser una

manera de no comprometerse con la detención de un saber-poder considerado complejo y que necesita de formación específica para tal.

Lo que nos interesa todavía es señalar que dichas construcciones son elementos del *tiempo largo* que están allí, en el *tiempo breve* de la producción de sentidos. Son utilizados, actualizados y reconstruidos en las prácticas discursivas, generando sentidos flexibles y contextualizados.

En la misma línea de argumentación, la alianza de confianza se hace con las madres, con las mujeres-profesionales, como hemos señalado en el fragmento que acabamos de ejemplificar y como hemos discutido anteriormente en este apartado. Es decir, lo que se acerca a lo masculino, a la norma, al límite y a la postura de autoridad se considera “no confiable” y productor de alejamiento de los hombres-usuarios en relación con los/las servicios y a los/las profesionales.

Otro conjunto de producciones discursivas que está relacionado con la imposición de límites y reglas tiene la sexualidad como foco. En los contextos de “institucionalización” de las personas que tienen problemas con drogas, el control sobre la sexualidad aparece como una manera más de “domar” a dichos hombres descontrolados, especialmente cuando identificamos que los sentidos producidos sobre la sexualidad masculina se nos presentan como algo instintivo, animal, impulsivo y, por lo tanto, indomable. En el próximo sub-eje abordaremos un poco más el tema y su relación con la sexualidad femenina tal y como es vista dentro de los servicios sanitarios.

4.1.4 La exacerbación de la masculinidad y de la sexualidad femenina

Nos llamó la atención el uso del término “exacerbada” por parte de los/las participantes para referirse a dos grupos de sentido: 1) respecto a lo que llaman de una masculinidad exagerada, violenta y grotesca; 2) para referirse al comportamiento femenino que tiene la sexualidad “extrema” como característica relacionada con el uso de drogas, vista como provocadora de problemas, descontrolada, exagerada, aquella de las prostitutas o de las mujeres que “venden el cuerpo” para comprar drogas. Veamos trozos de habla referentes a los dos:

Grupo 2, Sec 40 - PART/GRU 12 - hemos hecho una investigación y hay un altísimo índice de Agentes de Limpieza que hacen uso de alcohol y otras drogas (...). Son perfiles de hombres que tiene aquella cosa de la *masculinidad muy exacerbada* entonces hemos investigado también la

guardia municipal y hay un altísimo índice de violencia hacia mujeres y de uso de alcohol y otras drogas (...)

Grupo 1, Sec 65 - PART/GRU 5 - Las mujeres, después de un cierto tipo de uso abusivo, empiezan a vivir de una cierta manera para conseguir, para obtener la droga. Ellas se venden, venden el cuerpo, ¿vale? (...) Estas mujeres circulan en varios sitios. Es diferente del hombre. Él va a la *boca* (punto de venta de droga), generalmente es fiel a determinada *boca*, fiel para determinado vendedor allí. Pero la mujer tiene el poder de circular, ella circula en toda la ciudad. Y esto ella trae para dentro del CAPS también. Entonces, muchas veces, la *sexualidad es exacerbada*. Yo creo que la única vez que hablamos de – en caso de que sea posible decir que realmente hemos hablado un poco de género – ha sido cuando algunos técnicos abordaran algunas mujeres por separado para tratar de sus vestimentas, de cómo ellas estaban vestidas para ir al servicio. Las ropas que ellas llevaban en el servicio, como estaba afectando el comportamiento de los hombres. Después hablamos con los hombres también sobre el tema de cómo es que la cosa va en el servicio. Había cosas muy fuertes entre algunos. Parejas consolidándose demasiado e interfiriendo en muchos aspectos del propio cotidiano de ellos en el servicio (...).

ENT 1, Sec 36 - (...) La mujer que usa drogas es vista como la malgastada, la lasciva, la que está desorientada, la que no se sostiene. Entonces, hasta en el contexto de uso de drogas, que hace mal tanto al hombre como a la mujer, pero, culturalmente, ella es vista de otra forma.

Aquí podemos hacer una referencia a las mujeres que consumen alcohol y otras drogas, ya que la idea de que las mujeres son prostitutas o venden el cuerpo para comprar droga parece haber sido construida en los mismos pilares de sentido que atribuye a los hombres-usuarios de drogas el descontrol sobre su sexualidad, heteronormatizada, que domina y compra los cuerpos femeninos disponibles a la venta. La mujer-usuaria de drogas aparece como sinónimo de mujer lasciva, promiscua, una mujer que se alejó de su femineidad dócil, domesticada, contenida y maternal, cuya sexualidad debería ser heterosexual y estar inscrita en el matrimonio, vinculada a la procreación.

La sexualidad femenina exacerbada se considera moralmente vergonzosa y provocadora de los instintos animales de los hombres, haciéndolos reavivar sus masculinidades exacerbadas y sus impulsos sexuales incontrolables, supuestamente disminuidos por los usos de drogas. Dicha sexualidad, por lo tanto, tendría que ser controlada, priorizándose las intervenciones correctivas junto a las mujeres, siguiendo el raciocinio considerado obvio en el control hacia los cuerpos femeninos.

No obstante, dicho control de las mujeres también aparece como una forma de controlar los cuerpos de los hombres, negándoles la posibilidad de encuentros sexuales y/o afectivos con mujeres, en contextos en los que los vínculos afectivos-

heterosexuales son vistos como problemáticos para el mantenimiento del orden y, por lo tanto, sería necesario dicho control para impedir el surgimiento de lo indomable, contribuyendo al mantenimiento de los hombres en la posición de pasividad y bajo control³⁵.

Las relaciones homoafectivas, por otro lado, no parecen tener lugar y no se consideran una posibilidad, señalando a construcciones relacionadas con la no existencia del “problema” cuando solo hay hombres en los servicios.

Aquí cabe una reflexión respecto a la necesidad de control sobre los cuerpos y los placeres, y el rol social que dicho control cumple. Además, cuando relacionamos sexualidad y drogas, dichos controles aparecen de forma aún más evidente y a veces cargados de rabia disfrazada de preocupación por el éxito de la intervención sanitaria.

Petuco & Medeiros (2009, p.7) también señalan dichas asociaciones cuando apuntan que “tal como el dispositivo de la sexualidad hacer callar ciertos discursos sobre el sexo, el dispositivo droga hace funcionar ciertas dinámicas de afirmación y de silenciamientos discursivos”.

Una de las principales obras de Foucault (1988), también referida por los autores arriba citados, trataba de determinar el régimen de saber-poder-placer que sustenta el discurso de la sexualidad humana, con todos los elementos negativos de la interdicción del sexo, que funcionan como técnicas de poder.

Por otro lado, en un texto titulado “Entre a vida e a morte, o sexo”, la feminista Tania Navarro-Swain (2006) cuestiona dichos lugares de reafirmación de poderes, de posesión, de dominación y de autoridad que están alrededor de la llamada “vida sexual”, en la que hay una cierta sexualidad bestial que no pierde de vista la muerte, en sus relaciones con la violencia, las enfermedades, la degradación, y nosotras añadiríamos, el embarazo no deseado o no planeado. La autora sigue el argumento

³⁵ Otra vez resulta imposible no hacer relaciones entre las construcciones respecto a la sexualidad en los contextos sanitarios de atención a las personas que usan drogas y la perspectiva teórica del psicoanálisis. En las palabras de uno de los autores de la perspectiva: “Los adictos se desinteresan por el sexo y los abusos crónicos (de drogas) suprimen el deseo. Así, si consideramos sus efectos farmacodinámicos, las drogas son ampliamente sexolíticas. Y la dependencia no produce solamente inhibición del erotismo, sino desexualización real, pues la dimensión de la castración, en la medida en que mantiene y organiza el deseo sexual, es violada con la elección de la droga como el verdadero objeto de satisfacción” (Mattos Filho, 2009, p.177). En este sentido, una consecuencia esperada de los cambios en la relación de los sujetos con las drogas, que puede ser considerado uno de los objetivos de la atención sanitaria, es el hecho de retomar el deseo sexual. Pero, nos preguntamos, ¿cómo manejan esto en los servicios sanitarios, especialmente los del tipo albergue en los que la gente atendida pasa muchos días hospedada allí? El control y las reglas relacionadas con el impedimento del sexo, además de la separación de hombres y mujeres en servicios distintos aparecen como maneras, entre otras cosas, de huir de la gestión de la complejidad de este tema, cargado de cuestiones morales y múltiples expresiones del saber-poder.

cuestionando la cadena de sentido establecido entre el sexo y las drogas o la prostitución y las drogas, llamando la atención sobre la construcción del imaginario social de la violencia contenida en la sexualidad, relacionada con la jerarquía, la dominación y la delimitación de poderes según el sexo biológico, en el que la apropiación social de las mujeres implica que éstas mantengan sus cuerpos disponibles y utilizables.

Asimismo, esto también está relacionado con la situación socioeconómica en la que viven dichas mujeres que necesitan prostituirse para conseguir drogas. En este sentido, lo que está silenciado, pero aparece como un eje importante de diferenciación, es el discurso de que son mujeres de sectores empobrecidos.

Por otra parte, consideramos también que la relación con las drogas puede aparecer como algo que aleja a las mujeres de su posición de moderadas, domesticadas y contenidas, como hemos señalado anteriormente. En este sentido, las construcciones que asocian a dichas mujeres usuarias de drogas con la prostitución o la venta del cuerpo denotan más bien una pérdida de principios morales considerados esenciales a las mujeres, sea cual sea su condición socioeconómica. La articulación entre prostitución y consumo de drogas puede generar aún más estigmatización y otros procesos de exclusión.

El uso de drogas, especialmente las que se consideran muy poderosas como el crack, aparece en la prensa y en las propagandas educativas de Brasil como algo tan destructivo y devastador que puede generar comportamientos inimaginables. Respecto al crack, una droga que domina a las personas, que destruye la autonomía, en las propagandas educativas, se relaciona con las mujeres que son usadas y descartadas cuando venden el cuerpo para comprar la “piedra”. En este sentido, “vender el cuerpo para conseguir drogas” es distinto de “prostituirse”: aparece como una “sensación” que no debe ser experimentada, de acuerdo con el mensaje de la propaganda, una sensación que se refiere a algo vivido en el límite entre el cuerpo y el organismo, entre el instinto y la racionalidad, como la propia experiencia con las drogas, algo vivido como una sensación (Petuco, 2011).

Finalmente, a la luz de nuestras reflexiones en este apartado, podemos pensar que si el sexo, en cuanto a práctica sexual, y el poder masculino, están intrínsecamente ligados, resguardando obviamente toda la crítica al rol del objeto de la dominación en el que se pone a las mujeres en dicha relación desigual, la prohibición del sexo (que tiene su expresión máxima en la separación de hombres y mujeres en

servicios del tipo albergue o similares), acaba siendo más una forma de alejamiento de los hombres del ejercicio de sus masculinidades heteronormativas, como una estrategia de domesticación de los hombres que usan drogas, en y por la Sanidad.

En este sentido, pasemos a la discusión de la domesticación de los hombres y la Sanidad.

4.1.5 La domesticación de los hombres que consumen drogas: ¿una tarea para la Sanidad?

Aún en la dirección de pensar el control de los cuerpos de los hombres, especialmente los que consumen drogas, pensamos cómo algunas intervenciones sanitarias cumplirían el rol de “domesticar” a los hombres al ser predictivas y exigir un tipo de “expresión” de sentimientos y un reconocimiento de su fragilidad y explicitación de dicho reconocimiento, en todos los contextos de “escucha” ofrecidos en los servicios (en grupo o individualmente).

Como hemos señalado, en los grupos de discusión que hemos realizado han sido frecuentes las producciones discursivas relacionadas con la ausencia de los hombres en algunos servicios sanitarios, la falta de cuidado consigo mismo y con las otras personas, y la idea de que los servicios no son adecuados para atender las demandas de los hombres, al tiempo que son cuestionadas las demandas sanitarias “reales” de los hombres.

Por otro lado, hay una idea de que “muchas veces” los hombres se abren a un determinado tipo de “escucha” necesaria en la Sanidad, que tiene relación con la expresión, con hablar de modo subjetivo sobre la vida y lo cotidiano, lo que aparece como algo que inicialmente no se espera de ellos, como se señala en el fragmento que incluimos a continuación:

Grupo 2, Sec 46 - PART/GRU 12 - Repetimos el discurso ‘no, los hombres no acuden a los Centros Sanitarios, los hombre no se cuidan. Pero, **muchas veces** ellos están abiertos a una escucha en la medida en que la escucha sea hecha de una manera guay. Tenemos varias experiencias de intervención donde el hombre se dispone a hablar de su vida, hablar de su cotidiano. Y el profesional cuando hace la escucha realmente ampliada él consigue ver qué camino tomar en el proyecto terapéutico.

La referida *escucha ampliada*, pautada en la noción de *clínica ampliada*, es señalada como una posibilidad de intervención adecuada para el trabajo con los

hombres. Sin embargo, ellos necesitan “estar dispuestos a expresarse de una manera activa, relacionada con el rechazo de la pasividad del “paciente” ante el/la profesional. No obstante, esto exige un tipo de actuación subjetiva, introspectiva, autorreflexiva y pautada en el habla como la mejor vía de expresión de contenidos que suponen que es necesario explicitar, y continuar situando al sujeto intervenido bajo la subordinación del interviniente.

Aquí cabe una reflexión respecto al rol de la confesión, largamente estudiada por Foucault, en dichas construcciones sobre las prácticas sanitarias. De los procedimientos confesionales del cristianismo hasta las prácticas sanitarias modernas, se produce una idea de que hay un *deseo culpable* que necesita confesión para que el pecado sea expulsado. Este eje central de la interrogación confesional, en el que se produce una apropiación de la confesión como tecnología de poder, inicialmente ha sido incorporado en los aparatos eclesiásticos, después pasa a ser una tecnología integrada en las formas del saber moderno, incluso en los sanitarios y jurídicos (Orellana, 2004).

Además, la difusión laica de la confesión tiene como foco una importante consecuencia que también aparece en nuestro estudio: la vergüenza ante la persona que escucha el testimonio, como han señalado algunos/as participantes de nuestro estudio respecto a lo que puede pasar con los hombres-usuarios al ser atendidos y escuchados por mujeres-profesionales.

Resulta interesante notar que en este proceso, el testimonio también aparece como un mecanismo judicial y penal en el que la persona relata al sacerdote o juez sus faltas/pecados/ilicitudes para que él le diga la pena, tal como pasa en la atención sanitaria a las personas que toman drogas, en la que se explica el “problema” para que el tratamiento sea adecuado o, en cierto sentido, para que la “simple” explicitación del problema resulte terapéutica en sí misma. Aunque el tratamiento no tenga la función de penalizar, incluso cuando muchas de las intervenciones plantean una diferencia muy sutil entre medicamento y veneno, la vergüenza, repetidas veces, acaba cumpliendo el rol de punición.

La expiación del pecado no es una consecuencia de la enunciación del acto reprochable, pero la enunciación del “pecado” tiene efectos: uno de ellos es la vergüenza que se encuentra ligada al acto de nombrar el hecho vejatorio, por lo que va acompañada de la dificultad de relatar la falta (Orellana, 2004). En el caso de los contextos que hemos estudiado, va cargada de agresividad y de relatos de placer por

actos violentos cometidos contra sí mismo u otras personas. Para algunos hombres, dichos relatos de violencia aparecen como formas de ponerse “por encima” y reafirmar sus masculinidades violentas y peligrosas, en un intento de reafirmar sus posiciones de “hombres” fuertes, como hemos visto en otros apartados.

Quizá dichas construcciones sean más fuertes en contextos sanitarios relacionados con la ilicitud del uso de algunas drogas (supuestamente cargados de juicio moral), pero de todos modos, la noción de *riesgo* que responsabiliza a las personas por la gestión de la vida se ve espejada no solamente en el campo de prácticas sanitarias relacionadas con las drogas.

La escucha abierta y sensible, que relacionada con la *clínica ampliada*, operada por una mayoría de mujeres-profesionales, pone a los hombres en una posición de humillación ante las mujeres-profesionales, evidenciando la fragilidad que estaría viviendo y la necesidad de recibir ayuda de alguien que ellos consideran como una persona que no tiene la capacidad de entender lo que están diciendo, sea por no vivir lo que ellos viven, sea por no ser hombres o por pertenecer a otra clase social, como hemos visto en otro apartado, expresiones del saber/poder en la intervención a través de la subyugación de la confesión y del intento de negarla, como en el fragmento siguiente:

Grupo3, Sec 50, PART/GRU 20 - (...) todo el tiempo me hablan (hombres-usuarios) cosas como: ¿“una mujer va entender lo que quiero decir?. No vas a entender nunca, porque además de que eres de otra clase social, eres mujer y no vas a entender lo que estoy diciendo cuando asesino a un tío por una cuestión de honra, o los motivos porque yo usé drogas, o porque yo estaba muy jodido, no sé qué no sé cuanto!” (...)

Resulta interesante señalar una vez más que la cuestión de la vergüenza conduce a una nueva *problematización* de la confesión, en el sentido en que ésta no sólo es el comienzo de la expiación sino que, si se lleva al límite de lo humillante, podría entenderse en sí misma como la penitencia (Orellana, 2004).

Finalmente, podemos decir que los repertorios lingüísticos utilizados en la producción de sentidos sobre los hombres en la atención sanitaria para personas con problemas relacionados con los usos de drogas, parecen poner a las intervenciones sanitarias en una posición de promoción del alejamiento de los hombres de sus masculinidades, intentando domesticarlos y controlarlos, lo que resultaría, en última instancia, en la aproximación de los hombres a la posición jerárquica de las mujeres, lo

que puede que esté relacionado con las resistencias de inclusión de una perspectiva de género en la atención sanitaria de los hombres.

Es posible decir, por lo tanto, tal como propone Scott (1990) en sus análisis respecto al poder político, que en el contexto de la Sanidad, la oposición binaria y los procesos sociales de las relaciones de género forman parte del significado del propio poder en los contextos de atención sanitaria del que hemos hablado. En este sentido, cuestionar o alterar cualquiera de sus aspectos mínimamente asentados, se les presenta como una amenaza.

4.1.6 Masculinidad no es una cuestión de género: género es un concepto con atributos femeninos y se refiere a lo femenino

Aunque la expresión “masculinidad”, en singular o en plural, haya sido utilizada pocas veces por los/las participantes del estudio, no la han considerado como una cuestión relacionada con el género, reafirmando el sentido de género como sinónimo de mujer o referente a las cuestiones de las mujeres.

El concepto de género se ve formado por atributos femeninos y relacionados con lo femenino. Género es señalado como algo sutil y, por lo tanto, para trabajar desde dicha perspectiva es necesario tener sutileza y “saber conversar”, expresiones utilizadas para referirse a una intervención profesional orientada desde esta perspectiva. La “conversa” y la comprensión de lo que se está discutiendo no aparecen asociadas a lo masculino y, en este sentido, las intervenciones pautadas en el género no se consideran aplicables a los hombres.

Además del hecho de que el género aparezca relacionado con las mujeres, también es un término utilizado para tratar temas como transexualidad y homosexualidad, sobre todo masculinas. Esto parece estar relacionado con el hecho de que tales orientaciones sexuales se consideren más relacionadas con lo femenino y con la mujer.

Derivar a una travesti a determinado profesional que estaría “capacitado” para atender a esta población señalándose señala como un ejemplo de una utilización adecuada de la perspectiva de género en un servicio sanitario. Esta “personificación” de algunas acciones, como de responsabilidad de un grupo reducido de profesionales que estarían mejor capacitados para hacerlo, se considera necesaria, ya que utilizar el

género se presenta como algo complejo para lo cual no todos/as los/as profesionales estarían habilitados.

Género se ve asociado a la subjetividad y se cita como un concepto que está mejor trabajado en servicios de mujeres o que atiende más a mujeres. Veamos un ejemplo:

Grupo 1

Sec 21, PART/GRU 1 - En Recife los albergues son separados. Para los hombres hay un sitio y para las mujeres hay un Centro de Referencia, que es el Jandira Mansur. No existe una política específica que trate de la cuestión de género explícitamente, pero por la necesidad, por la experiencia de quién está trabajando en la punta, dicen que son más hombres que acuden a estos servicios (...). Yo creo que el tema de género en los espacios de los hombres no es muy trabajado. La cuestión de la mujer ya está un poco más consolidada cuando pensamos en género. Del hombre, no tanto.

Sec 24, PART/GRU 2 - (...) en el trabajo del CRAS hablamos mucho de género, porque el público mayoritario del CRAS está formado por mujeres. Entonces, el género está dirigido mucho hacia las mujeres. Aún lo está, ¿vale? Creo que cuando hablamos de la atención hacia las cuestiones de las drogas, ponemos mucho para el hijo, para el hombre, para el chico joven, que no tiene una dirección en la vida, que no tiene trabajo y que usa drogas.

Resulta interesante notar en el fragmento que acabamos de ver que las cuestiones de género están pensadas para los hombres bajo dos condiciones: cuando el adolescente no tiene trabajo y usa drogas, es decir, en condiciones en las que parece haber un alejamiento de los hombres respecto de las masculinidades, como hemos señalado en otro apartado.

De modo general, trabajar el género no incluye trabajar las masculinidades, como es posible deducir del fragmente siguiente:

Grupo 3

Sec 67, PART/GRU 25 - Creo que la gente no trabaja masculinidades, trabaja...

Sec 68, PART/GRU 19 - Trabaja el usuario de drogas, ¿no?

Sec 69, PART/GRU 25 – Sí. Solo trabajamos con género. Como he hablado, el movimiento feminista ha avanzado en este sentido, vale, haciendo que las políticas acontecieran, y el tema del hombre..., no trabajamos las masculinidades de las personas, creemos que todo hombre es igual al otro (...).

Siguiendo la cadena de sentidos del argumento que acabamos de señalar, si las masculinidades no son cuestiones de género, la incorporación de la perspectiva de género en la Sanidad no garantizaría una mirada hacia los hombres y las masculinidades. Además, trabajar con los hombres desde la perspectiva de género significaría utilizar “referentes” femeninos en las intervenciones sanitarias, lo que se

presenta como un reto a la incorporación de dicha perspectiva en el trabajo con los hombres.

Finalización y resumen del apartado

Finalmente, podemos señalar que el eje y los sub-ejes que hemos analizado en este apartado son aproximaciones que ayudan a dar algunas respuestas parciales, limitadas y localizadas, a una parte de nuestras preguntas iniciales de investigación.

Los principales puntos que hemos discutido hasta ahora han sido:

1) La Sanidad y la Asistencia Social son áreas que no son vistas como masculinas, sino más bien áreas de mujer o femeninas, por lo que no se las ve como adecuadas para recibir las demandas de los hombres. Hemos señalado que a los hombres se les pone en una posición no marcada de sujeto en las políticas y servicios sanitarios como resultado de un no reconocimiento de la fragilidad y vulnerabilidad de esta población. Reconocer dicha fragilidad y debilitar las resistencias masculinas a la medicina supone situarlos en el mismo plano de poder en el que están las mujeres en la jerarquía de género y asumir el rol de la medicalización (y control) de sus cuerpos;

2) Elegimos, entre la multiplicidad de posiciones de sujeto, los tres “tipos” de hombres que comúnmente aparecen en las narrativas que hemos encontrado, lo que ha permitido visualizar la dinámica de lo que denominamos sistema fragilidad-fuerza:

- a) los **hombres-usuarios** transitarían entre los polos opuestos del sistema fragilidad/fuerza en la medida en que son vistos como fuertes en cuanto a amenazadores/violentos y, a la vez, fragilizados por los usos problemáticos de drogas;
- b) los **hombres-profesionales** transitarían entre los polos opuestos del sistema fragilidad/fuerza por poseer un saber técnico valorizado socialmente, lo que se presenta como una fortaleza y, a la vez, fragilizados por el supuesto miedo expresado ante la amenaza representada por los hombres-usuarios;
- c) los **hombres-reductores de daños** son *híbridos*, ni hombre-profesional, ni hombre-usuario, sino más bien un poco de los dos, posicionados de modo más cercano a uno u otro según el contexto de interanimación dialógica en el que se les presenta y transitarían entre los polos del sistema fragilidad/fuerza por el hecho de ser vistos como fuertes por lograr una gestión de los riesgos relativos a sus usos de drogas y como frágiles por no tener una profesión reglamentada y por continuar usando drogas o haber sido una persona que tomaba drogas;

3) Los sentidos producidos respecto a los hombres-usuarios y a las masculinidades relacionan su violencia con su fuerza, y la pacificidad con la disminución de dicha fuerza constitutiva del “ser hombre” y, por lo tanto, un alejamiento de dicha masculinidad. Así, en un continuo del sistema polarizado fragilidad/fuerza, cuanto menos violento, menos fuerte y, por lo tanto, menos hombre. Por otra parte, la búsqueda de drogas y la cantidad de drogas que uno puede soportar aparece como señal de fuerza y coraje y, en consecuencia, de masculinidad, sin embargo, tener problemas relacionados con los usos se percibe como fragilidad;

4) La relación entre hombres y violencia no ha sido explicitada en la interanimación dialógica en la que el foco de la discusión eran los hombres-profesionales. Lo violento se asocia a la masculinidad del hombre-usuario y no a la de los hombres-profesionales, es decir, funcionan distintos ejes de diferenciación al mismo tiempo, pues no es sólo la masculinidad, sino la masculinidad de los hombres-usuarios la que se califica como violenta;

5) Los hombres-reductores de daños representan un tipo de “masculinidad compleja”, ubicada entre la violencia y la contención, entre la clandestinidad y el trabajo formal, entre la criminalidad y la generación de renta relacionada con las drogas que no es por la vía del narcotráfico, situación muy frecuente entre los hombres de comunidades pobres.

6) Hemos señalado que hay otros ejes de diferenciación además del género, de los cuales discutimos dos: a) **la precariedad de la vida y las fragilidades socioeconómicas**, en el que señalamos, entre otras cosas, que los hombres-usuarios están asociados al hecho de “no tener”, por la precariedad de la vida, por la incapacidad de dejar de tomar drogas ellos solos, por la dificultad de proveerse financieramente a sí mismos y a sus familias, algo que se espera de los hombres, estando allí el sistema raza/etnia como uno de los ejes articulados a las cuestiones socioeconómicas; b) **la legitimidad de la intervención: la posición de interventor/a y la de intervenidos/as**, donde presentamos construcciones que establecen un tipo de jerarquía entre los hombres que remite a su posición de sujeto en los servicios: aquellos que los dan, aquellos que los reciben, aquellos que los dan pero también puede que reciban (los reductores), de modo que la distribución de asimetrías funciona de manera compleja entre los tres tipos de hombres que hemos identificado y señalado y, por supuesto, con las mujeres en diferentes posiciones de sujeto;

7) El rol de imponer el límite aparece como una característica masculina, aunque se considera que es posible que la lleven a cabo hombres o mujeres. La necesidad de mantener los servicios funcionando sin problemas, sin violencia o desobediencia a las reglas, impone a los equipos de trabajo una vigilancia constante, especialmente por parte los hombres-profesionales, encargados de mantener el orden en el servicio. Sin embargo, hemos señalado, por otra parte, que los hombres-reductores de daños y las mujeres-profesionales también son vistos como personas que tienen maneras de llevar a cabo dichas prácticas de control e imposición de límites, especialmente por el saber-poder que les atribuye su posición de sujetos interventores;

8) Identificamos un conjunto de producciones discursivas que está relacionado con la imposición de límites y reglas que tienen la sexualidad como el foco. En los contextos de “institucionalización” de las personas que tienen problemas con drogas, el control sobre la sexualidad aparece como una manera más de “domar” a dichos hombres descontrolados, especialmente cuando identificamos que los sentidos producidos sobre la sexualidad masculina se presentan como algo instintivo, animal, impulsivo y, por lo tanto, indomable. El sexo, en cuanto a práctica sexual, y el poder masculino, han sido presentados como intrínsecamente ligados. La prohibición del sexo en los servicios es una forma de alejamiento de los hombres del ejercicio de sus masculinidades heteronormativas y una estrategia de domesticación de los hombres que consumen drogas, en y por la Sanidad;

9) Los repertorios lingüísticos utilizados en la producción de sentidos sobre los hombres en la atención sanitaria para personas con problemas relacionados con los usos de drogas, parecen poner a las intervenciones sanitarias en una posición de promoción del alejamiento de los hombres de sus masculinidades, intentando domesticarlos y controlarlos, lo que resultaría en la aproximación de los hombres a la posición jerárquica de las mujeres, lo que puede que esté relacionado con las resistencias de inclusión de una perspectiva de género en la atención sanitaria de los hombres;

10) Las masculinidades no son vistas como cuestiones de género y la incorporación de la perspectiva de género en la Sanidad, por lo tanto, no garantizaría una mirada hacia los hombres y las masculinidades. Además, trabajar con los hombres desde la perspectiva de género significaría utilizar “referentes” femeninos en las intervenciones sanitarias, lo que se presenta como un reto a la incorporación de dicha perspectiva en el trabajo con los hombres.

Finalmente, llamamos la atención sobre la rigidez en la percepción de gran parte de los sentidos producidos sobre los hombres y las mujeres, lo masculino y lo femenino, que polariza y jerarquiza aún más las relaciones de poder, sea entre profesionales, sea entre éstos y los hombres-usuarios de los servicios.

Dialogando con el concepto de género de Scott (1990), podemos señalar que las formas jerarquizadas y polarizadas de operar la atención sanitaria son expresiones:

- 1) del modo en que se articula el poder al nivel de las organizaciones sociales que evocan símbolos culturales como el de María-cuidadora y Eva-persuasiva, de Adán-engañado y Caín-violento;
- 2) los conceptos normativos manifestados por medio de los sistemas sanitarios ponen, por ejemplo, a los hombres-usuarios como transgresores y violentos que necesitan reglas, límites y punición;
- 3) una de las traducciones del modelo binario hombre-mujer al nivel de las prácticas sanitarias, por lo tanto, contribuye a la construcción de la idea de que las mujeres-profesionales tienen una “escucha” más sensible y los hombres-profesionales saben imponer límites;
- 4) las actualizaciones, por hombres y mujeres, de sus identidades de género en el contexto de la atención sanitaria a las personas que tienen problemas con los usos de drogas, han sido materializadas en las prácticas discursivas que hemos analizado, poniendo de manifiesto los efectos del género en las relaciones sociales e institucionales que hemos estudiado.

Finalmente, partiendo de la idea de que la incorporación de la perspectiva de género en la atención sanitaria resulta en una aproximación de los hombres-usuarios a lo femenino, reforzando la rigidez y el binarismo del sistema sexo-género, planteamos algunas preguntas: ¿Cómo dar fluidez, porosidad y multiplicidades a las formas de percibir e intervenir junto a los hombres, permitiendo la comprensión de la existencia de diversas formas de “ser hombre” y facilitando modos de acción menos enyesados y fijos, hacia la promoción de salud?; ¿Las acciones pautadas en la Reducción de Daños podrían señalar posibilidades de comprensión de la variedad de posiciones de sujeto de la atención sanitaria hacia los hombres que tienen problemas con los usos de drogas y tensionar dichos modelos fijos?

Para analizar este tema y hacer algunas aproximaciones analíticas en esta dirección, pasaremos a otro apartado: **los sentidos producidos sobre reducción de daños.**

4.2 Género, riesgo y reducción de daños en las políticas públicas y en las intervenciones sanitarias en el campo del consumo de drogas

Para comprender los discursos de la sanidad en el proceso de producción de sentidos sobre los hombres y las masculinidades y en la definición de posiciones de los sujetos de la política sanitaria basada en la reducción de daños (RD), ha sido necesario discutir los sentidos producidos también sobre la propia RD y la incorporación del lenguaje de *riesgo* en dicha política y en las acciones sanitarias basadas en ella.

Tomando el *Lenguaje del riesgo* (Spink, 2001) como punto de partida, discutiremos cómo los discursos sobre reducción de daños se nos presentan como una nueva modalidad de uso de los repertorios lingüísticos respecto al riesgo en el contexto de la emergencia de nuevas formas de gestión de la modernidad tardía y de las posibilidades de producción de sentido a ellas asociadas, incluyendo los sentidos de la propia atención sanitaria para las personas que tienen problemas con el consumo de drogas.

Para explicar lo que planteamos en este apartado, hemos utilizado algunos ejes y sub-ejes de análisis que abordaremos a continuación:

4.2.1 La RD es definida por lo que se hace, por quién lo hace, dónde y para quién se hace

De un modo general, las producciones discursivas respecto a la RD la definen por lo que se hace y por quién y dónde se hace, por la práctica, por sus aspectos más empíricos.

Las acciones señaladas como intervenciones de RD, además del conocido cambio de jeringuillas³⁶, han sido: acciones de *advocacy* y de estímulo a la construcción de autonomía y protagonismo de sujetos; la producción y distribución de materiales educativos y otros insumos (preservativos, por ejemplo); la producción y difusión de conocimientos (seminarios y cursos). Dichas acciones suponen una articulación en red e intersectorial.

³⁶ Hemos señalado en el apartado B que las estrategias de cambio de jeringuillas usadas por otras nuevas han tenido un importante rol que en el control de la expansión de hepatitis B y VIH/Sida relacionada con el consumo de drogas inyectables, originando los llamados Programas de Reducción de Daños - PRD (Bastos, 2003).

La RD puede llevarse a cabo en la calle y en las comunidades donde vive la gente que en general no acude a los centros sanitarios y otros servicios semejantes. El llamado *trabajo de campo*, que es el que no se realiza en un centro sanitario, sino en el terreno, es uno de los aspectos que ha formado parte de las producciones discursivas de todos/as los/as participantes que han colaborado con el estudio y estaba también presente en los documentos analizados.

El *trabajo de campo* se define como la adecuación a la realidad local, una intervención fuera de los centros sanitarios, donde los servicios convencionales no llegan, donde los/las profesionales no van:

ENT 4, Sec 29 - Entonces, pongo mi equipo para acreditar en la propuesta sanitaria innovadora. Para ellos es como 'entregar oro al bandido'. Pero estoy intentando decirles a ellos que estamos enseñando un camino de autonomía. Vamos ahora a probar para nosotros que la autonomía es construida en el día-a-día. Vamos a compartir una actuación más técnica, más elaborada, y vamos a llegar donde no hay cómo llegar de otra forma.

Por lo tanto, hacer reducción de daños aparece como sinónimo de hacer *trabajo de campo*, como podemos ejemplificar en el fragmento siguiente:

ENT 1, Sec 79 - Cuando hablamos de la RD, veo aun la Sanidad Mental - SM con una mirada de la RD muy distinta: "mira, el usuario que aun no llegó al servicio". Entonces la RD es más la cosa del campo. Sea por el gobierno, sea por la sociedad civil, la perspectiva de la RD es más en el sentido de añadir valor y complementar una política (para usuario de alcohol y otras drogas), pero es una cuestión que estamos discutiendo, estamos afinando la comprensión. La RD tiene un matiz diferente. Entonces, creo que es un proceso.

En el sentido abordado en el fragmento, sea una acción operada en el contexto del control de Sida o en la sanidad mental, las intervenciones de la RD tienen como objetivo llegar a los/las usuarios/as que no acuden a los servicios sanitarios tradicionales. Dicho objetivo se logra justamente por el *trabajo de campo*, eminentemente comunitario y en el terreno.

No resulta extraño que el *trabajo de campo* caracterice la RD. Como hemos visto en el apartado B, inicialmente la RD estaba relacionada con un conjunto de estrategias prácticas para el control de la infección por Sida y Hepatitis, como por ejemplo el cambio de jeringuillas usadas por nuevas, por lo que ha sido difundida de este modo (Bastos, 2003; Strang, 2004; Romani, 2008). Dichos modos de intervenir han marcado el proceso de construcción de la RD y aunque hoy el foco de las

intervenciones no sea solamente el contexto de las enfermedades señaladas, sus estrategias iniciales aún la definen.

Además de la calle y de las comunidades, se han señalado otros locales de actuación de la RD: los servicios sanitarios (de Sida o de la sanidad mental) y los grandes eventos y fiestas. De todos modos, cuando hablan de la RD dentro de los servicios sanitarios y por lo tanto de acciones que no son realizadas en la calle, se han añadido otros términos para hablar de una cierta “modalidad” de RD que es la que se hace en los servicios. Los términos *clínica ampliada*, *postura* o *escucha* diferenciadas han sido utilizados para referirse a la RD en los servicios sanitarios, especialmente en la sanidad mental.

Pero, de todos modos, señalan que no está muy claro qué es la referida *postura* o la *clínica de la RD*:

ENT 7, Sec 18 – Los documentos de políticas públicas aún son insuficientes y... no lo sé qué es la palabra amplia o abierta. Aún dejan espacios para una comprensión equivocada sobre lo que es la RD dentro de los servicios. No son muy claros, muy objetivos. Hablan de ‘cambio del paradigma’ y ‘cambio del modelo de atención’... cuestionan el modelo existente pero no presentan de modo claro el otro que sugieren incorporar. Por ejemplo, no hablan directamente lo que es una ‘clínica de la RD’.

Se han señalado como principales agentes de la RD los/las reductores/as de daños, en general citados en la forma masculina (los reductores). Por supuesto, el tema de la profesionalización de reductores/as de daños, es decir, la creación de una categoría profesional así denominada, ha aparecido como un tema importante, como una forma de legitimar a los operadores y a la vez a la propia política.

Sin embargo, si por un lado la creación de la categoría profesional aparece como un importante avance, por otro aparece como una lucha injustificable o que no representa un consenso entre las personas interesadas, especialmente en el habla de la representante de la gestión nacional de la política:

ENT 1, Sec 168 - El Programa Nacional de Sida no tiene una posición clara, pero creemos que es por el camino del reconocimiento, valorización, y de incluirlo como un agente importante de la red de intervención. Reconocer es establecer normativas y apoyo a la punta, inclusive financiero, pero que él no precisa ser una categoría profesional como un agente sanitario. No depende de nosotros del Ministerio de la Sanidad- MS. Pero tenemos que urgentemente dar un lugar, un espacio, un reconocimiento oficial. Sabemos que debemos hacerlo y veo que podemos, valoramos la RD como una política, ¿no? Y que la RD tenga un espacio, un significado, un concepto específico, y es una intervención, significa una intervención específica, es

una salva-vidas. Salva vidas. El agente reductor de daños forma parte de esto, compone, cualifica esto.

La propia situación de contratación precaria de los reductores aparece como una justificación para avanzar en la creación del cargo:

ENT 2, Sec 3, parte 7 – Hay una cuestión jurídica que no permite contratar a los reductores, para no generar vínculo de empleo, por más de tres meses. El gobierno del municipio no acepta la contratación de los reductores por la ley federal de los agentes sanitarios, como algunos estados lo hacen. Aquí no aceptan.

Además del tema de la fragilidad de los vínculos de contratación laboral, se señalan otros factores que pueden situar en una posición de vulnerabilidad a los/las agentes reductores de daños, como los uso de drogas que han hecho o siguen haciendo, como hemos discutido en el primer eje de análisis de la tesis.

Por otra parte, la experiencia de ser o haber sido usuario/a de drogas se presenta como facilitadora del proceso de inserción en comunidades de difícil entrada de los servicios sanitarios, lo que habilita al/la reductor/a de daños a trabajar desde la perspectiva de RD:

Grupo 2, Sec 31, PART/GRU 15 - ...mi experiencia como usuario de droga me ayuda a infiltrarme en cualquier comunidad, mismo yo siendo de una clase social que tenga estudiado, mi inserción en las clases bajas, marginalizadas, no lo se porque Dios me ha dado el don de llegar a dicha clase. Y el hecho de yo llegar hoy en una misa, creo que el modo de llegar al género es tener desprendimiento, no tener miedo de llegar en la situación de los menos favorecidos, de pecho abierto y buscar un relacionamiento, y buscar ofrecer lo que tengo de experiencia de vida.

ENT 5, Sec 6 – Vamos a traer el reductor de daños que trabaja en el campo – que es un usuario o ex-usuario de drogas – mostrando para los profesionales la experiencia de ellos en el campo, porque el profesional sanitario no logra llegar al campo o en el derecho de ellos, solo por Internet o por los ex-usuarios reductores de daños.

Además de ilustrar la vivencia de uso de drogas como un facilitador del trabajo de reductor/a de daños, la producción discursiva que acabamos de señalar va en la dirección de un tema importante que vamos a desarrollar posteriormente: la semejanza entre el modo de significar las estrategias de RD y el trabajo desde una perspectiva de género.

Es interesante señalar que aunque algunas entrevistadas gestoras han referido ser también reductoras de daños porque actúan desde la perspectiva de RD, lo que

parece definir dicha posición es la intervención de campo. En otras palabras, los/las operadores/as de la RD para las personas entrevistadas son los/las reductores/as de daños, y no todos los/las profesionales que actúan desde la perspectiva de RD:

ENT 2, Sec 66 - (...) hoy voy al campo muy poco, pero ya he sido muy Reductora de Daños.

Sec 67 - No hay que decir: "ah, ella es gestora". No! Con cinco años de PRD tenía allí mis días de campo, todas las semanas, X días, y me sentía mucho más segura cuando estaba con un hombre cerca.

Al final de este fragmento, aparece también la cuestión de la seguridad que representa la presencia de un hombre-reductor de daños en los equipos de calle, *de campo*, como hemos señalado en el primer apartado del análisis.

El lugar de poder señalado por el hecho de "ir al campo" y "ser muy reductora" apunta a un campo en disputa, de pertenencia: ¿de quién es la RD?, ¿Quién puede ser llamado/a reductor/a de daños?, ¿Qué hay de valor agregado al "coraje" expresado en las actividades de una/un reductor/a de daños?

Los/las reductores/as de daños reafirman su posición y es lo que les distingue a ellos/ellas de otros profesionales sanitarios, incluso hacen críticas a estrategias utilizadas por otros profesionales, consideradas importantes, como la llamada *escucha*, llevada a cabo generalmente por profesionales de nivel superior, especialmente trabajadores/as sociales, psicólogos/as y médicos/as:

Grupo 2, Sec 115, PART/GRU 15 – (...) Como se hace la cosa es la experiencia de la vida del RD que facilita, todos nosotros... Cualquiera puede ser un RD, pero desde mi punto de vista el mejor RD es aquel (tose)... que tiene una trayectoria de vida, con lectura, con base, con conocimiento de que puede ayudar el otro, oír y hablar con él. Porque no hay solamente que escuchar. Puedes escuchar bien pero no saber devolver...

El otro eje que define lo que es la RD es el público al cual está destinada: personas que consumen drogas, incluyendo los/as propios/as reductores/as de daños, a los que se pone en algunos momentos como público, en otros como "colaboradores" de la política sanitaria, en otros como profesionales, señalando la hibridez de dicha posición de sujeto, como hemos señalado en otro apartado.

Asociada a identificación del público al que la RD se dirige, está la idea de promoción de un tipo de aproximación con esta población que usa drogas, generalmente perteneciente a clases sociales más pobres, de modo distinto a otros

tipos de intervención sanitaria. Dicha población es el blanco de muchos procesos de exclusión relacionados con el hecho de tomar drogas y vivir en comunidades de baja renta o en la calle, personas que muchas veces no son consideradas *personas*, sino *enfermos o marginales*.

Finalmente, podemos decir que llegamos a un elemento importante en este contexto de producción de sentidos: los ejes de diferenciación de la RD se nos presentan interrelacionados y juntos la definen. La RD es sinónimo de acción de *campo*, de calle, de terreno, o comunitaria (donde), es llevada a cabo por *reductores/as de daños* (quién lo hace), dirigida a *personas que consumen drogas* (para quién), para las que se realizan cambios de *insumos y materiales educativos* y acciones de *advocacy* (se hace).

4.2.2 La RD se define por un conjunto de dificultades

En general, las producciones discursivas de los/las participantes del estudio relacionan la RD con dificultades, fragilidades, limitaciones y discontinuidades, sea cuando hablan de la política de modo macro, sea cuando tratan de las estrategias/intervenciones llevadas a cabo en su ámbito.

Las dificultades señaladas pueden ser agrupadas del siguiente modo:

a) **de implementación** – señalan respecto a la propia legitimidad de la RD como una política pública, que hay una falta de normativas y documentos oficiales que den las bases y la garanticen, que la institucionalicen. En los documentos macro-políticos no se les caracteriza como orientadores de acciones de nivel micro, locales. También aparecen dificultades de financiación de las acciones, relacionadas con la insuficiencia de mecanismos públicos gubernamentales para garantizarlas; la “personificación” que relaciona la voluntad individual de algunos/as profesionales y gestores que “asumen” la RD, pero que al salir del sitio de trabajo en el que pueden hacer tal defensa, no hay continuidad de lo que han empezado; falta de profesionales habilitados para trabajar desde la perspectiva de RD e insuficiencia de formación de nuevos profesionales para el área; enfrentamiento moral y político necesarios para actuar a contracorriente de las políticas de drogas que, de modo general, están basadas en la “guerra a las drogas” y en la abstinencia como el objetivo único de las intervenciones; dificultad en las articulaciones entre los sectores sanitarios que tratan del tema de la Sida/hepatitis y los de la sanidad mental; la falta de motivación para seguir con el enfrentamiento necesario para reafirmar la importancia de la RD y la

necesidad de otorgarla en cuanto política pública; la RD generalmente no se la ve como la “columna vertebral” de un servicio sanitario, como lo que sirve para estructurarlo:

ENT 7, Sec 19 - La RD siempre viene para los CAPS como una cosa anexa y no como la columna dorsal de la Política, el norte, lo que respalda el servicio. No. Va añadir. ¿Vas a ser un Reductor? Entonces hay alguien que trabajar con la RD, una cosa a más en el servicio, y no como la columna dorsal del servicio.

b) **de monitorización y evaluación** – apuntan a la falta de evidencias científicas respecto a la efectividad de las acciones basadas en la RD, lo que es visto como una dificultad para el convencimiento de la comunidad científica, de las autoridades sanitarias y de los/las trabajadores/as respecto a la importancia de la RD; la no permanencia de los equipos de trabajo por muchos años actuando en el área, lo que dificultaría el monitorización de acciones a largo plazo; la inconstancia de los servicios por falta de medios de financiación para mantenerlos; la falta de claridad entre el rol de los gobiernos y de la sociedad civil en el desarrollo de las acciones de RD, que algunas veces es vista como generadora de pactos que impiden evaluaciones críticas de la sociedad civil respecto a la gestión pública, ya que gran parte de las acciones de RD aún las llevan a cabo organizaciones de la sociedad civil bajo financiación de los gobiernos; se ve a la RD como poco documentada, registrada, sistematizada, que todo este proceso parece muy lento y aburrido, que no avanza y genera fatiga:

ENT 1, Sec 33 – (...) había una psicóloga que trabajaba con un programa de capacitación en el CAPS, preparaba los profesionales para el tema del VIH, sexo seguro, estimuló a ofrecer preservativos en el CAPS. Ha sido interesante, había reductores que trabajaban con ella y el Programa de Sanidad Mental. Pero no había una articulación aquí, entre la Prevención y la Asistencia. No ha tenido un monitoreo ni una evaluación. Perdona, ha sido hecho después un monitoreo, no de todos los capacitados, sino de una parte. La consultora contratada verificó una cosa importante: el discurso quedó sin utilidad. Las personas capacitadas, como hay un tránsito grande en el SUS, han marchado y aquella unidad sanitaria no ha incorporado el tema.

c) **de definición conceptual** – respecto a la producción y difusión de conocimiento sobre lo que es la RD. Los/as participantes consideran que una mejor definición conceptual asentaría mejor las acciones y contribuiría a la “homogenización” y coherencia entre lo que se hace bajo el rótulo de RD; la falta de “comprensión plena” de lo que es la RD se concibe como lo que confunde, reafirma prejuicios, aleja a profesionales que podrían trabajar desde dicha perspectiva y a autoridades sanitarias

que podrían implementarla; dificultad de diferenciar lo que es la reducción de daños y la reducción de riesgos, que a veces se considera lo mismo, a veces no; la banalización del concepto promueve una ampliación del abanico de acciones que se consideran inadecuadas, por ejemplo, acciones de represión policial definidas como acciones de RD:

ENT 1, Sec 90 – (...) En un evento de Navidad estaban preocupados porque tenían miedo de que los usuarios de drogas hicieran un uso inadecuado del espacio, con consecuencias para la convivencia. Entonces ellos pusieron seguridad, iluminación. Entonces los usuarios de drogas marcharon a otro bloque de la calle. El entendimiento de la RD ha sido: “es importante tener seguridad, *policía*”.

Sec 92 - (...) Ha sido muy infeliz ¿no? Él (la persona que coordina la SENAD) miró al usuario no como parte de la comunidad. El punto de vista aún es la represión, en la política y en la intervención sobre las drogas, como si se fuera a considerar el usuario, pero no lo tiene en cuenta. Creo que aún estamos lejos de entender la RD – desde el punto de vista de quién conduce la política de drogas en el país. Pero ya logramos sentarnos en la misma mesa y conversar.

Sec 86 – creo que las personas banalizan el término *RD*. Es una cosa que a mí me molesta mucho. Todo es RD.

De las dificultades relacionadas con las definiciones conceptuales, destacamos la distinción entre reducción de daños - RD y reducción de riesgos - RR. Cuando se les preguntó respecto a las diferencias, algunos/as participantes del estudio contestaron que sí, que RD y RR son diferentes, pero que en la práctica se utilizan como sinónimos. Veamos algunos fragmentos respecto al tema:

ENT 1, Sec 142 – Entrevistadora: ¿RD y RR son diferentes?

Sec 143 - Entrevistada – Son diferentes. A veces yo uso como sinónimo, para facilitar el entendimiento, pero es importante diferenciar porque es lo que identifica una intervención específica.

ENT 2, Sec 103 – RR es reducir el riesgo de algo que va aun ocurrir. La RD ya supone que algo genera un problema.

ENT 4, Sec 44 - RD y RR son diferentes. Pienso que en RD es más amplio, va dar sentido a la vida y RR está pensada desde una lógica más reduccionista de sujeto... Intento pensar la lógica de la RD más coherente, una lógica de rescate del sujeto, de su historia.

Sec 55 – Creo que confunden los dos (RD y RR), hasta teóricamente. Hay que estudiar el tema. No tengo logrado encontrar referencias o participado en discusiones respeto al tema.

ENT 7, Sec 43 - Es diferente, no tanto en la práctica. Hablamos de uno u otro intentando decir lo mismo, en la hora de la acción, pero disminuir el riesgo del tío usar droga es diferente de disminuir el daño porque él ya está usando. RR es aun prevención, evitar que ocurra. Pero mucha gente los utiliza como lo mismo porque es muy sutil la diferencia en la práctica.

Lo que los participantes parecen señalar es que la RD debería ser utilizada cuando se supone que ya hay daño. La prevención por lo tanto quedaría bajo responsabilidad de intervenciones de RR. Pero, como dicen las participantes, a veces son utilizados como sinónimo para facilitar la comprensión, porque las diferencias son muy sutiles, porque los conceptos son poco comprendidos.

También es importante puntualizar que en el campo del uso de drogas, la RD puede que sea siempre utilizada porque necesariamente se supone que los usos de drogas generan daños.

4.2.3 La RD es definida como un proyecto en construcción

Hemos señalado muchas veces la inestabilidad de la RD como concepto y campo de actuación. Nos ha llamado la atención la gran cantidad de referencias a la RD como *proyecto*, tanto en el habla de los/las participantes del estudio como en los documentos analizados. La cadena de sentidos relacionada con la concepción de la RD como proyecto remite a la idea de conocimiento en construcción, de algo que aún no es pero intenta *ser*, como un conjunto de saberes y prácticas que está en ampliación y maduración, un proceso algo lento y con idas y venidas:

ENT 2, Sec 3, parte 1 – El PRD aun es un proyecto, a pesar de 10 años de existencia. Hay desde el año 1999.

DOC 1, Pag 31 - Actualmente, el Ministerio de la Sanidad ofrece soporte a 160 proyectos de reducción de daños, ofreciendo acceso a 84.000 Usuarios de Drogas Inyectables - UDI, representando una cobertura de un 10% para dicha población.

Dicho proceso también se presenta como relacionado con la inconstancia de los medios de financiación y de la falta de reglamentos que garanticen la RD como política sanitaria, en un proceso en que los principales agentes sociales dialogan de modo aún muy inicial y no hay una comprensión común respecto a la RD:

ENT 1, Sec 85 - Creo que está avanzando, es un proceso de maduración. Creo que ellos (la SENAD) necesitan enseñar más en la práctica lo que es el entendimiento de ellos. ¿Es financiar proyectos? Es enfrentar las resistencias respecto al tema fuera del país, con una posición más fuerte, en las reuniones y en las convenciones de la ONU. Esto aun es muy débil, evaluamos. Nosotros de la SM hasta decimos que hay que tomar cuidado, porque ellos no entienden. Creo que no. Digo que está en nuestra política, escrito.

El sentido producido sobre la RD como proyecto, como conjunto de saberes y prácticas en construcción, ha generado muchas referencias a la realización o

necesidad de realización de cursos, seminarios, capacitaciones y *Workshops*. Sin embargo, la realización de dichos eventos, sin embargo, no se considera que la realización de estos eventos garantice una adecuada comprensión de lo que es la RD ni una coherencia respecto a lo que plantean los documentos oficiales que orientan las políticas. Al decir que repasan a los demás **lo que entienden**, los/las profesionales que tienen responsabilidad de formar a otros dejan claro que no están seguros/as de lo que hay en los documentos consultados, que sirven de base para las capacitaciones:

ENT 6, Sec 31 – Uso todos (los documentos) del Ministerio de la Sanidad, cuando el ministerio hace una convocatoria o envía alguna cosa para nosotros respecto la RD, yo normalmente cuando hago una capacitación, por ejemplo, que citamos la política, los programas de para el usuario de alcohol y drogas, decimos **lo que entendemos**, traemos expertos que tratan del tema, pero mi orientación es siempre por correspondencia o en las capacitaciones, orientada por el ministerio. La lógica que vamos descubriendo a lo largo de la vida, para entender lo que el ministerio enseña.

La construcción de la RD como política está relacionada con el proceso de construcción del propio Sistema Único Sanitario de Brasil (SUS) en una cadena de argumento que pone a la RD y al SUS como procesos interrelacionados y mutuamente fortalecedores, que van hacia una directriz más amplia denominada *integralidad*:

ENT 1, Sec 155 – Creo que la RD ha ayudado a poner en marcha este proceso de trabajo, como la construcción del SUS que es una política. Primero es una de las mayores políticas de conquista social. Vamos a reconocer, ¿no? Solo que es un proceso que aún está en construcción. Y la RD, viene fuertemente dentro de un Programa políticamente fuerte, como se viene consolidando, como viene ocupando un espacio cada vez más grande, más claro. Entonces la RD reafirma los principios del SUS. Los principios del SUS ayudan a reafirmar la perspectiva de la RD, y por otro lado, la experiencia práctica de la RD ofrece argumento, atribuye importancia, porque la RD es importante para favorecer la atención integral, que la lucha principal a favor de la reafirmación de los principios del SUS. La integralidad.

Aunque muchos/as participantes se refieran a documentos normativos de la RD, también se señala a la idea de un proyecto en construcción como un elemento relacionado con la falta de normativas y documentos que la institucionalizan, formalizan y legitiman.

En este sentido, es interesante puntualizar que un conjunto de repertorios lingüísticos apuntan hacia las relaciones de similitud entre la supuesta “ilegalidad” generada por la falta de normativas para la RD, la ilegalidad de los trabajadores que la operan y la ilegalidad del propio uso de las drogas ilícitas para las que generalmente la RD se plantea.

Dicha tensión entre el referido contexto de ilegalidad y la política pública de la RD ha sido señalada anteriormente, en el apartado B. La construcción de redes de reductores/as de daños y otros colectivos políticos aparece como lo que ha generado un nivel de producción de políticas de RD que ni estaba en el segmento *underground* ni en el gubernamental, sino más bien en la costura de los dos segmentos (De Paula Souza, 2007). Sin embargo, es importante marcar la fuerza del discurso de la ilegalidad en las producciones discursivas que hemos analizado.

4.2.4 La RD es definida como un modelo de atención y un modo de cuidar

Aunque se han utilizado muchos términos para decir lo que es la RD, como por ejemplo *lógica, perspectiva, concepción, estrategia, sensibilidad*, podemos decir que ha estado muy presente un conjunto de repertorios lingüísticos que la presenta como un *modelo de atención sanitaria* y un *modo de cuidar*, basado en principios que definen a la persona atendida/cuidada como alguien a quien hay que dar crédito, escuchar y acoger. Esto a veces está relacionado con la mejora de la calidad de vida de la población atendida:

ENT 4, Sec 33 – Intento provocar al equipo en la lógica de la RD en el modelo de atención hoy, al alcohol y otras drogas. El CAPS piensa en una condición mejorada del sujeto. ¿Qué es 'mejorada'? Es poner calidad de vida. O la lógica de que estoy ganando calidad de vida. Observamos esto en la evolución del paciente, que él ahora está con más calidad. Entonces, es una lógica que implica en pensar la lógica de la RD: calidad de vida, autonomía en construcción y con el descubrimiento de un nuevo significado para la vida. Con o sin droga. Es en esta lógica que pienso la RD dentro de la SM para la atención del usuario de alcohol y otras drogas.

Dicho *modelo* o *modo* de cuidar tiene que ver con una manera de explicar la *complejidad* de los contextos de usos de drogas y con la *diversidad* de modos de actuar en el mundo y de tipos de intervención posibles. Señala una postura plural y contempla múltiples matices, bajo la preservación de dos proposiciones: el respeto a las diferencias y al derecho de uso del propio cuerpo, generadores de acciones no restrictivas en la relación de las personas con las drogas.

En este sentido, reconoce los usos de drogas como modos de vivir y actuar y no supone o exige abstinencia como resultado del tratamiento o condición para acudir o permanecer en los servicios sanitarios.

Dicha perspectiva, por lo tanto, dialoga con el concepto de *clínica ampliada* y se aproxima al campo de los derechos humanos, como señala el fragmento siguiente:

ENT 7, Sec 30, Entrevistadora - ¿Cuáles son los principios la RD?

Sec 31, Entrevistada – El respeto al usuario y al derecho de él usar su propio cuerpo; respeto a las diferencias; la RD se ha aproximado mucho de la cuestión de los Derechos Humanos. Aquí, como no trabajamos con el cambio de jeringuillas y de pipas de crack, los principios son más dirigidos a la relación empática con el sujeto, de intentar trabajar con él el tema de la autonomía, del autocuidado.

Sec 32 - La RD se acerca a la política de promoción de salud, dialoga con la Política de Humanización de la Sanidad, con el tema de la clínica ampliada. La mirada biopsicosocial es cuestionada porque es limitada. La RD viene dar un 'plus', un 'a más' en la cuestión cultural, del ocio, del económico. Creo que son estas las directrices. Es más un cambio de actitud delante al usuario que una clínica que tenga una técnica específica, un abordaje específico. Es más una cuestión de relación empática con el sujeto.

La RD se plantea como una perspectiva no predictiva, menos intervencionista y no limitadora de prácticas, lo que ayudaría, según los/las participantes del estudio, a tornar las intervenciones sanitarias menos impositivas, lo que supuestamente generaría mayor adhesión al tratamiento entre personas a las que se ve como de difícil aceptación de reglas, prohibiciones y predicciones.

Por otro lado, las producciones discursivas que hemos estudiado también apuntan a las resistencias a dicho modelo y a los modos de intervenir basados en la RD. No resulta extraño que sea así, ya que la RD tensiona la hegemonía de los discursos muy enraizados respecto a lo que es la *toxicomanía*, el/la *toxicómano/a* y la propia *droga*, que basan los modos de intervenir en el campo de atención a los problemas con alcohol y otras drogas:

ENT 7, Sec 20 - Nuestros CAPS no se guían realmente por la RD. Hay las Políticas, los documentos, una conversa: 'vamos a entender que el usuario puede no querer parar de usar drogas', pero la práctica que aún es la clínica de dependencia tradicional, que visa a la abstinencia, es muy poco lo que se sabe realmente de cuál es la RD que estamos hablando.

Asimismo, hemos encontrado la idea de RD como modelo de atención sanitaria y como modo de cuidar especialmente en el habla de profesionales y gestores/as que actúan en el campo de la sanidad mental, donde el discurso hegemónico de la *dependencia química* y de la *toxicomanía* aún orienta las intervenciones, basado en una idea de *riesgo* relacionada principalmente con los efectos nocivos de las drogas a la salud de la propia persona y en su cercanía social/familiar.

En el campo de intervenciones sanitarias dirigidas al control de enfermedades (Sida, hepatitis) la RD aparece mucho más como un conjunto de estrategias de sanidad pública, como acciones y prácticas puntuales, pero la idea de un “modelo de atención” no parece todavía muy definida, como se ha señalado en las producciones discursivas respecto a la RD en el campo de la sanidad mental. Los sentidos producidos respecto al *riesgo* aquí están relacionados con la infección por Sida y otras enfermedades de transmisión sanguínea o sexual:

ENT 3, Sec 33 – (...) aquí en la Sida hay un foco en la cuestión de la infección, de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles - EST, de hepatitis virales y todo el resto. Entonces la RD es vista aquí como una estrategia de prevención que puede – y ha comprobado que sí, por las propias prácticas – contribuir en la mejoría de la calidad de vida y en la reducción, efectivamente, de los daños que el uso indebido o perjudicial puede provocar a la salud de las personas que toman drogas.

Sec 34 - Entendemos la RD como una herramienta de prevención que contribuye muchísimo a la protección contra riesgos eventuales y posibles relacionados a las EST, Sida, hepatitis y otras. Dentro de este recorte.

Sec 35 - Claro que el trabajo de la RD puede tomar una amplitud un poco más específica o un poco más ampliada, dependiendo del foco de la acción que va a ser realizada.

Podemos decir, entonces, que una importante contribución de la RD como modelo de atención sanitaria es la tensión en relación con los modelos hegemónicos que caracterizan a los hombres como *fracasados* cuando pasan a tener problemas con los usos de drogas, vistos generalmente de modo rígido y fijado en uno de los polos del sistema fragilidad-fuerza que hemos señalado en el otro apartado analítico.

El sistema fragilidad-fuerza pone a los hombres-usuarios entre dos polos opuestos en la medida en que son vistos como fuertes en cuanto amenazadores/violentos y a la vez frágiles por los usos problemáticos de drogas. Por otro lado, atender a dichos hombres en la Sanidad, bajo los modelos de atención tradicionales y hegemónicos, implicaría reconocer dicha fragilidad y aminorar sus resistencias a la medicina, poniéndolos en el mismo plano de poder en el que están las mujeres en la jerarquía de género y asumiendo el rol de la medicalización (y control) de sus cuerpos.

Los modelos tradicionales y hegemónicos en el campo de atención a las drogas, basados en la abstinencia y en la idea de *recaída* cuando dicha abstinencia no es mantenida, refuerza las percepciones de los hombres como débiles, en un contexto de prácticas discursivas que reafirman el fracaso bajo el fantasma de la *recaída* (volver

a tomar drogas), lo que cumple un rol de reafirmación de la incapacidad de estos hombres para resolver sus problemas relacionados con el uso de drogas, justificando la necesidad de ser tutelados por el servicio sanitario y poniéndoles en una posición subyugada ante la intervención sanitaria.

El fragmento siguiente trata del tema:

Grupo 2, Sec 107, PART/GRU 14 – En general cuando el hombre llega al servicio sanitario la persona que atiende dice: “eres tuberculoso, ¿entiendes? No puede beber alcohol, no puedes fumar, no puedes eso, tome toda las medicinas” y cree que va resolver... Pero no resuelve. La necesidad del hombre no es solo eso, él no va a conseguir parar solo, él está enganchado.

Por otra parte, la tensión que la RD pone a los modelos sanitarios hegemónicos permite otros modos de percibir a los hombres sin la rigidez del sistema binario fragilidad-fuerza que cumple el rol de reforzar las ideas del *fracaso* y de *recaída* y justificar las intervenciones sanitarias que tutelan, subyugan y medicalizan a los hombres. En este sentido, se les pone la propia RD como un modelo de atención sanitaria.

4.2.5 La RD es eminentemente política y emancipadora

Otro importante conjunto de repertorios lingüísticos que hemos encontrado sitúan a la RD en un plano político que señala una postura emancipadora, sea de la población atendida, sea de la propia política en el contexto de reafirmación de los principios del SUS, como ya hemos mencionado anteriormente en un fragmento de entrevista (Ent 1, Sec 155), sea en relación con los escenarios de las políticas sobre drogas, como sugieren los siguientes fragmentos:

ENT 1, Sec 82 - La SENAD incluyó la RD en la década pasada, resultado de una articulación de la sanidad mental con nosotros, de enfrentamiento moral, mucha articulación para que ellos reconociesen la RD como una perspectiva importante y escribiesen en los documentos. Percibimos que la RD está mucho más en el discurso que en la práctica, mucho más en el papel.

ENT 2, Sec 31 – (...) el Consejo Nacional de Drogas aquí está totalmente en contra a la RD. Entonces, nuestra política siempre ha sido: ¿“vosotros estáis en contra? No necesito de vosotros. Caminaré sola”. Y entonces, de alguna manera, creo que andamos muy solos. El PRD anda muy solo.

Respecto a la población atendida y al protagonismo de los/las agentes reductores/as de daños:

ENT 1, Sec 164 – (...) El reductor de daños, que era el agente que inicialmente, a la vez podría ser el público atendido y el colaborador, quiero decir, el protagonismo de la RD ocurre de una forma diferente del movimiento gay o de prostitución, por ejemplo. Aún un poco mas frágil, pero de una importancia para enseñar la construcción del SUS, hay que reflexionar respecto del modelo de intervención.

La RD se ve como generadora de articulación política, como lo que ayuda a desarrollar una “consciencia crítica” de autonomía y derechos, incluso el derecho al propio cuerpo, como hemos señalado en el fragmento *Ent 7, Sec 30* y en el que incluimos a continuación:

ENT 3, Sec 40 – (...) RD no es solamente distribuir insumos o cambiarlos: es trabajar la consciencia crítica de la autonomía, de los derechos.

Asumir posiciones de sujeto múltiples, que contemplen distintas formas de estar en el mundo, también se señala como emancipación. Sin embargo, hay un valor implícito en dichas construcciones discursivas: la participación política necesaria para hacer escuchar a quien en general no es escuchado. Sería necesario, por lo tanto, *hablar* de otras relaciones posibles entre las personas y las drogas y actuar políticamente para legitimizar los discursos *no autorizados* sobre drogas, es decir, aquellos que no tratan sobre la desesperación o la derrota por tener la vida devastada por dichas sustancias, ni los que muestran un discurso heroico o victorioso de las personas que superaran dichos consumos, como señala Petuco (2011).

4.2.6 La RD como una política en disputa

Por todo que hemos discutido hasta ahora está claro que la RD está ubicada en un campo complejo de disputa política, tanto al nivel de los discursos y de la formulación de políticas públicas sobre drogas, como al nivel de quien implemente dichas políticas.

A continuación, destacaremos los dos escenarios de conflictos que han sido abordados constantemente por los/las participantes del estudio y señalados en los documentos analizados con relación a la implementación de las políticas sanitarias de RD: los conflictos entre gobierno y sociedad civil; los conflictos del sector de Sida/VIH y de la sanidad mental. Además, ilustraremos dichos conflictos con el episodio de la construcción del Plan Integrado de Reducción de Daños para el Sistema Único Sanitario de Brasil.

Analizaremos cada uno de los dos tipos de conflicto por separado y utilizaremos el caso de la construcción del Plan para articularlos, pero antes ilustraremos el tema con un fragmento de entrevista que trata justamente de la conjunción de los dos, un ejemplo de producciones discursivas relacionadas con los roles de la OG y de la ONG y del proceso inicial de aproximación entre el sector del Sida y de la Sanidad Mental:

ENT 5, Sec 62 – Nosotros, en cuanto OG, no hacemos proyecto con RD. Es con la ONG que estamos discutiendo (...) El proyecto que ellos (la ONG) están haciendo es uno de los que hemos pensando hacer: crear una red de asistencia entre SM y usuario de drogas. Es lo que estamos intentando (sector gubernamental del Sida) desde el año pasado, intentando un noviazgo.

Sec 63 - Hace años, que la SM está novia de la RD para que sea posible llegar a uno solo discurso. Y el proyecto va ayudando, el de la ONG, porque del Estado no hay.

4.2.6.1 ¿Quién opera la política? Conflictos entre gobierno y sociedad civil

Como ilustramos en los fragmentos que acabamos de citar, las producciones discursivas que hemos analizado, principalmente en las entrevistas, señalan conflictos con relación a quién opera la política de RD y los roles del gobierno y de la sociedad civil. El gobierno aparece como el que dice lo que hay que hacer y la ONG como la que ejecuta. Dicha relación, permeada por el tema de la financiación de las acciones, sitúa a las ONG en una posición de sumisión y dependencia del gobierno, dificultando posibles críticas y disminuyendo la autonomía de estas organizaciones.

La idea de las ONG como un *brazo* del Estado, una continuidad del gobierno, a veces aparece disfrazada de *construcción de red*, como si hubiera una distribución de responsabilidades o un tipo de *asociación* entre los sectores que justificaría dichos roles:

ENT 3, Sec 36 – Entendemos que el trabajo de campo siempre ha sido realizado aquí por las No Gubernamentales - ONG. Intentamos crear el trabajo de red entre las OG y las ONG y estimular en los servicios sanitarios la lógica de la RD.

ENT 5, Sec 65 - (...) Es un *partner* bueno (entre ONG y gobierno). Creo que sin ellos no lograríamos los objetivos que logramos. Porque hasta derivaciones hacen. En el campo ellos atienden, hacen pruebas para tuberculosis. Ellos son *una mano en la rueda*, las ONG que trabajan con RD.

Por otro lado, encontramos producciones discursivas que señalan la creación de la propia ONG o asociación de reductores/as como algo fomentado por el Estado, que dice cómo deben ser, el rol que deben tener, señalando la dificultad de la “confusión” de funciones también dentro del propio Programa de Reducción de Daños - PRD coordinado por el gobierno junto a la ONG contratada. En el fragmento siguiente, destacamos también el tono dado al funcionamiento inadecuado o ineficiente de la organización, como vamos a discutir más adelante:

ENT 2, sec 3, parte 6 - No quiero hablar en contra de la red local de RD, la Red X, pero ella es una ONG que ayudamos a crear y que no ha dado muy cierto porque no han cumplido su rol. Cuando presionamos los reductores para crear la ONG, ¿lo que queríamos? “Han presionado para crear y después han salido”, ellos han dicho. Porque se no iba quedar con nuestra cara, la Red X va a ser una extensión de nosotras, funcionar con nuestra filosofía. Queríamos que ellos fueran un movimiento social mismo, para tensionar la Secretaria de sanidad, cuestionar, presionar para que se contrate a los Reductores, para que la profesión fuese creada, pero esto no ha pasado, ellos no lo lograron por peleas internas, no han tenido buen rollo y mezclaran sus roles, hasta que he dicho: “Hay que parar. La Red X está fuera. Aquí dentro no está el despacho de la Red X. Aquí vosotros sois Reductores de la Secretaría de Sanidad. Fuera de aquí vosotros cuestionáis la Red X”. Y entonces, para el PRD por lo menos, la Red X ha sido motivo de tumulto, porque uno peleaba con el otro por la Red X y en la hora del campo querían trabajar juntos. Y entonces, coincidencia o no, hoy quién hace parte de la Red X no hace del PRD que trabaja junto con la Secretaría. Solo quedó en la Red X quién tenía bueno rollo.

Como hemos discutido antes, los/las operadores/as de la política son vistos como reductores/as de daños y por lo tanto, considerando que ellos en general no son oficialmente contratados por los sectores gubernamentales, las intervenciones desde la lógica de la RD las llevan a cabo sectores no gubernamentales. Se les considera como aquellos que detentan el conocimiento respecto al *trabajo de campo* y que pueden efectivamente lograr la aproximación al público prioritario de la política, que en general no acude a los servicios sanitarios tradicionales.

Por otro lado, las organizaciones de la sociedad civil, especialmente las que tienen reductores/as de daños en su equipo de gestión institucional, provocan una cierta desconfianza por parte del gobierno, que cuestiona las competencias gerenciales de dichas organizaciones, no solamente respecto al manejo del recurso financiero transferido por el gobierno, sino también respecto a una supuesta fragilidad estructural administrativa:

ENT 2, Sec 3 - Como el dinero de la RD es grande, y la ONG tenía otros tres convenios con la Secretaría de Sanidad, el Ministerio cuestionó por qué tanto dinero para que una sola ONG gerenciara. Y embargaron el Registro

Nacional de Entidad Jurídica – CNPJ de la ONG para auditar las cuentas del PRD. Y ha empezado un problema y ellos no han hecho más el acuerdo con nosotros. (...) Negociamos con muchas otras ONG, pero tenían problemas con los documentos, hay que tener todo arreglado, no tener nada pendiente. No paramos todo, no paramos la articulación política y otras cosas, pero el trabajo de campo no lo estamos haciendo. Y es un proyecto diferente de otros porque nuestro servicio es totalmente subcontratado.

Esto fragmento trata del conflicto de la contratación de las ONG para dar seguimiento a las acciones de RD y una supuesta fragilidad para atender a todo lo que exigen los gobiernos para establecer dichos acuerdos y contratos. Por lo tanto, la falta de organizaciones para realizar los acuerdos resulta en una interrupción del trabajo realizado.

Resulta interesante notar que en este fragmento aparece muy clara la idea de *tercerización* del trabajo de campo y no de *asociación* o trabajo en *red* como encontramos en otros conjuntos de producciones discursivas analizados. Dichas construcciones imprimen una relación instrumental en la que las organizaciones de la sociedad civil son solamente ejecutoras contratadas por los gobiernos.

Como hemos señalado en el apartado B, las ONG han tenido un importante rol en la expansión de la RD en Brasil. Sin embargo, hay una relación paradójica porque al mismo tiempo reciben financiación del Estado y luchan contra una política antidrogas hegemónica en la máquina gubernamental (Passos & Souza, 2011). Dicha lucha política la llevan a cabo especialmente las organizaciones que integran movimientos sociales relacionados con las drogas, como señalan los autores.

También los temas de lucha de estos movimientos son el blanco de las disputas políticas en el escenario de la RD. La legalización del estatus profesional de reductor/a de daños es un ejemplo. Hemos encontrado producciones discursivas que consideran que dicha lucha es inadecuada, por un lado, pero por otro hay participantes que consideran importante la institucionalización de estos/as operadores de la política. Veamos algunos fragmentos que tratan del tema, ya utilizados en el otro apartado analítico:

ENT 1, Sec 167 - (...) el movimiento, no lo sé si es equivocado, pero no hay consenso, pero para una parte de los profesionales sanitarios, del gobierno, que cree equivocado partir para un proceso de trabajo en definir una categoría profesional. Y esa es una demanda del movimiento. Sabes lo que digo, ¿no? (...)

ENT 7, Sec 23 - (...) Recife avanzó y ha creado el cargo de reductor de daños, transformándolo en servidor público – lo que ha sido una experiencia innovadora (...)

Lo que sigue en el juego político es quién opera la política, de quién es la responsabilidad por las acciones de RD, quién tiene legitimidad y conocimiento para hacerlo. Cuando la respuesta es *los/las reductores/as de daños*, otro problema aparece, el que tiene que ver con legitimar y oficializar una categoría profesional marginal, que tiene profesionales híbridos, considerados inadecuados para las exigencias y formalidades de la Sanidad Pública.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que los reductores de daños no son los únicos responsables de llevar a cabo las políticas de RD, puesto que están coordinados por otros tipos de profesionales, quizá no tan híbridos cuanto los reductores pero, de todos modos, la *cara* de las acciones sigue estando marcada por la figura del reductor y se habla poco o nada sobre quién los avala.

El riesgo de *perder el perfil tradicional del reductor* al institucionalizar la profesión aparece como uno de los argumentos relacionados con la regularización de los/las reductores/as. Para trabajar en la sanidad hay que seguir algunas exigencias del mercado formal de trabajo, y por lo tanto, una convocatoria pública para la función de reductor/a alejaría a profesionales que ya actúan en el campo bajo otras reglas laborales administradas por las contrataciones precarias vía ONG:

ENT 2, Sec 3, parte 5 - Estamos intentando crear la categoría profesional de Reductor de Daños. Ya sé que vamos perder el perfil de reductor que tenemos hoy, pero no hay alternativa. Ya completamos 10 años y en el caso de continuar de esta manera vamos a acabar.

Para finalizar el sub-eje, destacamos la influencia de la posición de la entrevistadora/investigadora en el estudio, considerada también como participante del movimiento social de reducción de daños, su “identidad” más conocida para los/las entrevistados/as, como hemos discutido en el otro apartado analítico.

Las producciones discursivas respecto al tema han sido producidas especialmente en el ámbito de las entrevistas, señalando la interanimación dialógica que resulta de las posiciones de sujeto en el momento del encuentro de la entrevistadora que representaba también allí otras voces, ya que los/as entrevistados/as la conocían o habían oído hablar de la investigadora anteriormente.

Las otras voces a las que nos referimos son las de los/las participantes de los/las movimientos sociales y de los/las reductores de daños, que es posible que hayan reforzado a los/las entrevistados la necesidad de dar *un recado* a dichos movimientos y, quizá por esto, han sido recurrentes las referencias a la profesionalización de los/las reductores/as de daños en las entrevistas.

Cabe puntuar que las relaciones entre los/las gestores/as de políticas y los/las participantes de los movimientos sociales/reductores de daños muchas veces han sido conflictivas y tensas. Yo, la investigadora, en cuando representante del movimiento de RD, he escuchado muchas veces que era una persona de referencia para la mediación del diálogo porque supuestamente “sabía” charlar con el gobierno. Claro que este “saber” se refería también a otros saberes valorados socialmente, como por ejemplo, el saber académico.

Creemos importante tener en cuenta dichas relaciones de poder porque puede que hayan afectado el proceso de producción de sentidos y ayuden a entender los repertorios utilizados en la construcción lingüística y de la dialogía implícita en dicha producción de sentido.

4.2.6.2 ¿Quién es responsable de la política? El sector de Sida/VIH *versus* la sanidad mental

Otro conjunto de producciones discursivas en el campo complejo de disputa política que hemos señalado se refiere a la relación entre el sector de la sanidad mental y el del Sida/VIH. Analizamos que las tensiones ocurren no solamente porque la RD ha empezado su historia por el control de la infección por Sida y otras enfermedades de transmisión sanguínea/sexual y ha sido ampliada hacia la sanidad mental, sino también porque parece que hay concepciones distintas respecto a lo que es y lo que se propone la RD en los dos sectores.

El foco del sector de Sida es la prevención de la transmisión de enfermedades. Las enfermedades son los daños en los que hay que intervenir y no los usos de drogas *per se*. Por otro lado, la sanidad mental aparece como un sector que se centra en la droga y tiene la RD muchas veces como una estrategia para llegar a la abstinencia, como se señala en el fragmento de entrevista de una gestora del sector de Sida:

ENT 5, Sec 5 – Haremos un seminario con toda la SM, porque la SM tiene una visión de la RD y la Sida tiene otra. Para la SM, RD es abstinencia, y en

la Sida no, es prevención. Entonces, es esto lo que queremos enseñar para los profesionales de sanidad.

Sec 27 - Para nosotros la RD en Sida es reducir el daño del enfermo. Nuestra política es más preventiva. No le vamos decir a él que deje de usar drogas. Si él desea puede seguir usando, pero con la responsabilidad de prevenirse (de enfermedades). La política de RD que trabajamos es así, diferente, como he dicho, de la SM, que sería la abstinencia.

De todos modos, hay que señalar que no todos los discursos de la sanidad mental tienen la abstinencia como objetivo, por lo menos no de modo explícito. La propia inclusión de la perspectiva de RD en las políticas más amplias de atención a la sanidad de personas que toman drogas contradicen la hegemonía del modelo basado en la abstinencia, como hemos señalado en otros momentos.

Sin embargo, lo que nos interesa en este sub-apartado son las diferencias y tensiones entre el sector del Sida y la sanidad mental respecto a lo que es y a qué se destina.

También en el siguiente fragmento, la RD en el sector del Sida aparece más relacionada con la prevención de enfermedades y no exclusivamente con la abstinencia:

ENT 1, Sec 80 – Desde nuestro punto de vista del Sida, entendemos que es una visión, un entendimiento, una perspectiva de RD relacionada al respeto de los derechos humanos, en la lógica no exclusivista de la abstinencia, que amplía la posibilidad de escoger entre tratamiento y prevención. Tenemos también que afinar este rol en el discurso, ¿no?

Nos han llamado la atención no solamente las diferentes comprensiones respecto a lo que es la RD, sino también otros dos temas: 1) la atribución de responsabilidad sobre las acciones que deben llevarse a cabo; y 2) la comprensión y conocimiento respecto a importantes documentos que orientan las políticas sanitarias basadas en la RD:

ENT 5, Sec 20, entrevistadora – ¿Has oído hablar del Plan Integrado de RD para el SUS?

Sec 21, Entrevistada – No, quién debe saber algo de esto es la SM, porque ha sido cuando el Ministerio ha empezado a llamar la SM para trabajar con la RD. Desde que la SM ha quedado con esto, quedamos un poco fuera. Creo que la SM debe saber algo.

Sec 22, Entrevistadora – ¿Y la Política de Atención Integral al Usuario de Alcohol y Drogas de 2005?

Sec 23, Entrevistada – También es con la SM. Porque el nuestro mismo es solamente la política del reductor de daños con el usuario de droga inyectable y Sida, ¿no?

Hay algunos documentos de políticas públicas para la atención sanitaria en el campo del alcohol y otras drogas que no han sido referidos por entrevistados/as que actúa en el sector del Sida bajo la RD, como señala la producción discursiva que hemos ilustrado en el fragmento anterior, aunque otros/as profesionales entrevistados/as han señalado la importancia de dichos documentos para entender e intervenir bajo la RD.

Resulta interesante puntualizar que la entrevistada de la que acabamos de utilizar fragmentos de habla, al final de la entrevista pidió a la investigadora que entrevistara también a la gestora del sector de Sanidad Mental, reafirmando las diferencias y el poco diálogo entre la RD que se hace en cada uno de los dos sectores:

ENT 5, Sec 74 – voy enseñarte a la SM para ver como va a ser la forma de RD de ellos. Porque el nuestro (del sector de Sida) va a continuar lo mismo, lo que ya estamos llevando.

Vale la pena recordar que en la primera parte del “trabajo de campo” de la tesis, como hemos señalado en el apartado C, para llegar a las personas entrevistadas utilizamos dos estrategias: 1) preguntamos al Ministerio de la Sanidad: ¿Quién es el gestor o gestora de reducción de daños en los estados de nuestro interés (Pernambuco, Rio de Janeiro, Pará, Paraná y Goiania, un estado de cada región del país)? 2) preguntamos lo mismo al Movimiento Social nacional en un primer momento y después si coincidían en que las personas señaladas por el Ministerio de la Sanidad eran las responsables de la RD.

Dichas estrategias resultaron en la entrevista de 7 gestores/as, una de las cuales fue indicada por otra gestora al final de la entrevista, como acabamos de discutir. De las 6 entrevistas inicialmente pedidas, 4 han sido con personas del sector de Sida y 2 de la Sanidad Mental, completándolas con una tercera al añadir la sugerencia de la séptima entrevista.

Lo que queremos decir con todo esto es que el sector de Sida aún está muy presente como gestor principal de la política de RD y que la incorporación de la RD en la Sanidad Mental aún se encuentra en una fase inicial, lo que justificaría algunas tensiones de las que hemos discutido y señalaría la inestabilidad del campo de la RD.

4.4.6.3 Ejemplificando las disputas políticas: el caso de la construcción del Plan Integrado de Reducción de Daños para el Sistema Único Sanitario de Brasil.

4.4.6.3.1 El contexto de construcción del Plan Integrado: registros cronológicos y producciones discursivas en el contexto de los documentos de políticas públicas analizados.

Para tratar de articular no solamente el Sida y la Sanidad Mental alrededor de las RD en el contexto del SUS, sino también la Atención Básica y otros sectores que podrían actuar desde la perspectiva de la RD, el Gobierno brasileño ha iniciado la construcción de un Plan Integrado de Reducción de Daños para el SUS.

De los 11 documentos de políticas públicas que hemos utilizado en nuestros análisis, 4³⁷ han sido producidos en el contexto de la construcción del referido Plan Integrado, que finalmente aún no ha sido publicado oficialmente en el momento de la escritura de la tesis.

En orden cronológico, el primer documento (DOC 3) de septiembre de 2007 es un informe del acontecimiento³⁸ realizado para discutir la necesidad de construcción del Plan y sus líneas generales. Entre los temas trabajados están: “la necesidad de articulación de los sectores programáticos necesarios para la incorporación y optimización de las acciones de reducción de daños, además de la garantía del principio de la integralidad de SUS” (DOC 3, pág. 4); el “desconocimiento por parte de los profesionales de servicios de sanidad mental sobre RD” (DOC 3, pág. 10); “la formalización de una agenda entre los tres sectores programáticos en los tres niveles gubernamentales, desde el nivel federal (DOC 3, pág. 19); y otros temas considerados pertinentes en aquel momento para justificar la necesidad de construcción de un Plan Integrado.

³⁷ Nos referimos a los documentos DOC 3, DOC 4, DOC 5 y DOC 6, detallados en el Listado de códigos y naturaleza de los documentos, Anexo 3.

³⁸ El “Seminário Nacional Sobre a Articulação das Ações de Redução de Danos no Âmbito do SUS” ha sido realizado en Brasília en los días 4 y 5 de septiembre de 2007. Como señala el DOC 3, ha sido organizado conjuntamente por los sectores programáticos de VIH/Sida, Hepatitis Virales y Sanidad Mental del Ministerio de la Sanidad de Brasil, con la participación de representantes de las redes nacionales de los movimientos sociales de RD y de otros grupos vulnerables, movimiento de personas viviendo con VIH/Sida y/o hepatitis virales, Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, Oficina de las Naciones Unidas Contra Droga y Crimen – UNODC, Consejo Nacional de Secretarios Estaduales de Sanidad – CONASS, Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Sanidad – CONASEMS y coordinadores estaduales y municipales de VIH/Sida, Sanidad Mental y Hepatitis Virales. Yo, la investigadora candidata a doctora, he participado en el evento en calidad de representante del movimiento social de RD, dando también una conferencia en la mesa de trabajo “*Sociedade Civil e Redução de Danos: avanços e desafios*”.

En el mismo DOC 3, está descrito el proceso de oficialización del Plan y las etapas posteriores al acontecimiento realizado:

DOC 3, pág. 29 - Etapas de operacionalización del plan: 1) Presentación en las reuniones técnicas; 2) Ponerse de acuerdo en la Tripartite³⁹; 3) Presentación en el Consejo Nacional de Sanidad; 4) Liberación del Plan; 5) Implementación por medio de talleres macro-regionales; 6) Talleres macro de formulación de los planes estatales.

DOC 3, pág. 30 - El Plan Integrado de RD en el SUS pasará por consulta pública. La consulta pública debe ser divulgada por otros medios además de Internet, con el objetivo de alcanzar a las personas que no tengan acceso a la Internet. Las Organizaciones de la Sociedad Civil - OSC deben ayudar a promover el acceso de los reductores al proceso de discusión de los documentos. El PN-Sida enviará el plan impreso para las OSC en un plazo para la consulta pública de 45 días. Después de la consulta pública, el Plan va a ser encaminado a la instancia técnica (GT-VS), el Consejo Nacional de Sanidad, el CONASS y el CONASEMS.

En diciembre de 2007, es decir, tres meses después del Seminario (DOC 3), fue producida y enviada para consulta pública la primera versión del Plan (DOC 4) y en marzo de 2009 se publicó un resumen del Plan (DOC 5).

El resumen ha sido publicado por el sector de Sida (DOC 5) con una reconfiguración del objetivo, como señalamos en el siguiente fragmento:

DOC 5, página 1 – El plan propone una agenda mínima para atender las necesidades prioritarias basadas en las recomendaciones establecidas en el “Seminario Nacional de articulación de las acciones de RD en el ámbito del SUS”, realizado en septiembre de 2007, en Brasilia y organizado conjuntamente por los sectores programáticos de EST/Sida, Hepatitis Virales y Sanidad Mental del Ministerio de la Sanidad.

En mayo de 2009, fue presentado en la Comisión Tripartite un *Plan de Emergencia para ampliación del acceso al tratamiento y prevención en Alcohol y otras Drogas - PEAD 2009-2011* (DOC 6), un documento mucho más amplio, que define incluso la creación de nuevos servicios de atención sanitaria a las personas que toman

³⁹ La Tripartite es la Comisión Intergestores Tripartite - CIT es la instancia nacional oficial de toma de decisión en el ámbito del SUS, compuesta por representaciones de los entes estatales y municipales de sanidad: Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde y las Comissões Intergestores. Es un espacio oficial de pacto, articulación e integración entre gestores de los tres niveles de poder (federal, estadual y municipal).

El Consejo Nacional de Sanidad - CNS es la instancia máxima de deliberación del SUS. Es permanente y deliberativo y tiene como misión la deliberación, fiscalización, seguimiento y monitorización de las políticas públicas de sanidad (Ministério da Saúde, 2012).

El surgimiento del CNS y de la CIT está relacionado con las características importantes del perfil institucional del SUS, es decir, el proceso de institucionalización de los instrumentos de participación social y la gestión descentralizada del Sistema (Maio & Lima, 2009).

drogas. La RD no es el foco como en el Plan de RD para el SUS y aparece como una de las directrices del Plan de Emergencia (DOC 6).

En el mes siguiente, fue publicada oficialmente la Portaria del Ministério de la Sanidad, Nº 1.190, de 4 de junio de 2009, que instituye el *Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010)* y define sus directrices generales, acciones y metas.

4.4.6.3.2 El proceso de construcción del Plan Integrado: producciones discursivas en el contexto de la entrevista

Aunque el proceso de producción del Plan Integrado ha involucrado a algunos/as de los/las participantes de las entrevistas que llevamos a cabo, la gestora del sector de Sida, también entrevistada para la tesis, estaba en una posición muy particular y era directamente responsable de la redacción del documento y de todo el proceso de articulación política relacionada con su elaboración, por lo que destacamos su evaluación del proceso:

ENT 1, Sec 49 – Salimos muy a gusto del Seminario. Organizados, sistematizados, íbamos a hacer un grupo de trabajo. Han pasado meses de esto. El año pasado salimos con la intención de hacer el Plan. “Ahora, vamos a discutir con la directora (Directora General del Programa de Sida)”. Ella habló: “bueno, creo que dejar de este tamaño no vamos a conseguir hacer nada. ¿No es mejor restringirlo a los servicios en los que tenemos gobernabilidad? Vamos a restringir al SAE, vamos restringir al CTA, vamos a articular un poco ahora, pero no vamos a comprometernos con una meta de cualificar el SUS”. Ha sido un acuerdo.

Sec 53 – Y entonces, vale, después de tanto trabajo... Por un lado, reconocer que sí, porque hemos visto que tenía mucho... “vamos por partes, ¿no?”. Disminuimos el objetivo, disminuimos las directrices, definimos un objetivo, para cualificar los servicios del SUS y después definir las metas para SAI y CTA; un objetivo de ampliación del conocimiento científico, definimos la meta básica de conocer el crack (...) Entonces disminuimos los servicios. Sacamos la red básica. Había una meta de articulación intersectorial, todos los cursos que hablaban de drogas íbamos a inserir la perspectiva de la RD. Entonces, sacamos toda esa parte intersectorial. Sacamos la red básica del objetivo de cualificar el SUS. Disminuimos mucho también la articulación con la sociedad civil. Quedó entonces la meta de la comunicación, de pesquisa y cualificación de los SAI y CTA.

Lo que señala la producción discursiva del fragmento anterior es que algunas partes que inicialmente justificaban la necesidad del Plan Integrado han sido suprimidas, especialmente la articulación intersectorial. El Plan, en las palabras de la entrevistada, volvió a ser del ámbito del Sida, para acciones relacionadas con su gobernabilidad.

La entrevistada detalla la responsabilidad del sector de Sida con relación al documento, lamenta no tener el Plan inicialmente planteado como un instrumento de articulación política, y finalmente añade el tema de la apertura de una convocatoria para la financiación de proyectos de RD como un avance del proceso:

ENT 1, Sec 57 – hemos generado, finalizado y sistematizado las ideas. El Plan ha sido entonces redimensionado, está en la mesa, y los próximos pasos los vamos a discutir con la directora.

Sec 59 - El Plan era un instrumento para articular con la instancia política del SUS: íbamos para las reuniones a discutir con los Consejos Municipales para hablar de modo más claro (...).

Sec 60 - El próximo paso es discutir el Plan en las instancias de las secretarías de aquí. El grupo de trabajo discute primero para botar (¿botar o votar?) en la calle. Entonces, discute, y preguntamos: - ¿entendió? ¡Entendió! ¿Es esto mismo? ¿Podemos hacer una convocatoria para financiación? (...).

Resulta interesante notar que el argumento utilizado para justificar lo que ha pasado está relacionado con algo subjetivo que genera una dificultad política general de trabajar con el tema de las drogas:

ENT 1, Sec 61 - Es muy despacito, vemos que hay... que hay... que hay un tono un poco subjetivo y las personas no consiguen discutir, caminar con las acciones en el contexto de drogas de una forma tranquila, a gusto. Dicen: “no voy discutir”. Entonces esto es en lo que estamos ahora, políticamente hablando, y cómo vamos a utilizar el resultado de este evento al favor del usuario (...).

Para finalizar la cadena discursiva que estamos analizando, la entrevistada retorna al tema de la convocatoria para la financiación de proyectos, considerada el resultado mayor del proceso, y cambia el flujo argumentativo hacia otro tema:

ENT 1, Sec 64 - Aprendemos lo siguiente: “no vamos a poner sólo la acción y el apoyo para la sociedad civil, como separado del gobierno”. Entonces hemos hecho una convocatoria novedosa desde dos puntos de vista: primero porque integra dos sectores programáticos, y segundo, porque fuerza que la propuesta sea articulada. Tercero, hay que ser regional, no puede ser sólo: “ah, vamos a financiar una acción pequeñita en el municipio, o vamos a atender a un par de usuarios y pensar que así estamos haciendo un montón de cosas”.

Para finalizar, es importante llamar la atención sobre las implicaciones del discurso que hemos discutido y señalar a qué parecer nos lleva. Cabe enfatizar, por ejemplo, la dificultad del trabajo intersectorial en este campo y atribuirlo a que el tema

de las drogas es difícil de trabajar, y no por otras razones señala igualmente la dificultad que presenta este campo de intervenciones, demasiado subjetivo, sinuoso, para el que hay que prepararse mucho personal y profesionalmente para llevar a cabo un trabajo exitoso.

Además, relaciona los avances o retrocesos de las políticas al interés o la habilidad individual de quienes directamente las operan y no a otros contextos políticos macro-estructurales o a la relación entre los niveles macro y micro.

Dichas construcciones ayudan a mantener el foco en la dificultad de avanzar en la construcción e implementación de las políticas sanitarias y a valorar los pequeños pasos dados, como por ejemplo, lograr una convocatoria para la financiación de proyectos puntuales y asistemáticos.

4.4.6.3.3 Otras producciones discursivas y contextos relativos al proceso de construcción del Plan Integrado

Otro documento cuyo contenido discursivo no tomamos como objeto de análisis, pero que se nos presenta como importante en el contexto de construcción del Plan Integrado, es el Decreto 7.179, de 20 de mayo de 2010, publicado por el gobierno brasileño un año después de la publicación de la Portaria 1.190 de la que hemos hablado. El Decreto instituye el Plan Integrado de Enfrentamiento al Crack y otras Drogas, integrando varios Ministerios y organismos de represión del comercio ilegal de drogas. Publicado con entusiasmo por la prensa nacional, el Plan se presentó con un presupuesto muy grande, que señala la importancia dada a su implementación.

El texto del Decreto que establece las directrices generales del Plan de Enfrentamiento al Crack y otras Drogas considera como una de las directrices:

“la adopción de la estrategia de reducción de daños: éste debe ser un norte ético de todo servicio del SUS, que debe reducir los daños recurrentes del consumo de alcohol y otras drogas, especialmente relacionados a la sanidad, pero no exclusivamente. Se trata de una directriz que toma como base las condiciones y posibilidades del usuario del SUS, en vez de partir del que los servicios ofrecen” (Ministério da Saúde, 2009b, p. 3).

Quizá el Plan sea una respuesta de emergencia del gobierno brasileño a la supuesta epidemia de crack que asola el país, pero lo que todavía está muy claro desde el análisis del contenido discursivo de los documentos que subrayamos en este ejemplo se sigue apuntando a la perspectiva de RD, por lo menos en los textos de las

políticas públicas. Sin embargo, el Plan Integrado de RD para el SUS, hasta la fecha de la redacción de la tesis, no ha sido oficializado como parte de las políticas sobre las drogas en Brasil.

4.2.7 Lo que se espera como resultado de las acciones basadas en la RD

A continuación, discutiremos algunos repertorios lingüísticos que hemos subrayado en el contexto de producciones discursivas de los/las participantes y de los documentos analizados, relativos a lo que se espera como resultado de las acciones basadas en la perspectiva de la RD.

Encontramos un conjunto de producciones discursivas que producen el sentido de qué *transformación* se logra a través de las intervenciones basadas en la RD. La reducción de daños transformaría a las personas en alguien *mejor*, ayudaría a construir una historia y un proyecto de vida que supuestamente no tenían antes, lo que amplía la auto-estima, rescata a un *sujeto que aún no ha podido ser* o que necesita ser recuperado, como ha dicho una de las entrevistadas.

Veamos algunos fragmentos de habla sobre el tema:

ENT 4, Sec 47 – (...) Y podemos decir para el usuario: “¿cuál la historia que vas a hacer?”, y entonces él cuenta un poco de su historia pasada y decimos: “Muy bien, ha sido la historia que has hecho. La mejor historia es la que todavía estás por hacer”.

Sec 49 – (...) pienso la RD como una construcción, un rescate, lo que va a buscar un sujeto que quizá aún no ha conseguido ser, en este espacio existencial aún en construcción, o entonces que se ha perdido y que necesita ser recuperado. Y a veces el habla del tío es: “ah, porque yo quería usar droga, pero como era antes, que yo hacía, acontecía, resolvía, yo formaba parte de la historia. Y ahora estoy al margen de la historia. Quiero volver, quiero ser personaje nuevamente de esta historia, quiero tener palco, quiero ponerme en esta historia. Quiero ser hecho, quiero tener lugar”.

Sec 51 - Pienso que la RD tiene una lógica más ampliada, más allá de una intervención puntual. Ella trabaja con elementos, o indica elementos con los cuales la persona puede reconstruir un significado de existencia.

Resulta interesante notar que el ejemplo que la entrevistada presenta en la *Sec 49* habla de una persona que dice que quería usar drogas como antes, de un modo en que se sentía parte de la historia, es decir, abre la posibilidad de usar drogas también como parte de dicha historia perdida que debe ser recuperada. Dicho de otro modo, la

transformación que resultaría de las intervenciones basadas en la RD puede ser también retornar al que se era antes.

La *Sec 49* también habla de la proactividad relacionada con las drogas, lo que posibilitaba *hacer, acontecer y resolver*, ser parte de la historia. Aquí vemos la positividad del *riesgo aventura* señalada por Spink & Menegon (2006) que pocas veces se tiene en cuenta en medio del predominio de los discursos sobre las drogas como un problema.

La positividad del *riesgo aventura* posibilita otras miradas hacia la relación entre los hombres con las drogas y tiene implicaciones en las maneras de intervenir en el contexto de la sanidad mental. Dicha forma de entender el *riesgo* no solamente podemos asociarla a los discursos de la no prohibición de consumo de sustancias referidos desde la perspectiva de RD, sino que también abre las posibilidades de intervenir desde la RD al tener en cuenta otras experiencias de conocimiento, de placer, de diversión etc., que puede tener el propio consumo de drogas.

De todos modos, es importante señalar una vez más que dicha concepción de riesgo no aparece muy frecuentemente en las producciones discursivas analizadas.

Volviendo directamente al fragmento de habla que acabamos de enseñar, podemos decir que aunque el hecho de *tomar drogas* sea narrado como parte del *tornarse hombre*, asociado a la valentía, a la positividad del *riesgo aventura* (Spink & Menegon, 2006), el hecho de *enfrentar riesgos* es la racionalidad que se nos presenta reflejada en el modo de organización de los servicios sanitarios. Dicha racionalidad supone la gestión responsable de los riesgos nocivos para la sanidad como factor indicativo del éxito de las intervenciones (Spink, 2000; Menegon, 2003); no solamente las que se llevan a cabo desde el modelo abstencionista, sino también desde el modelo de la propia RD.

Las nociones de autonomía y de auto-cuidado, relacionadas también con la tradición discursiva del hecho de *enfrentar riesgos*, aparecen en el conjunto de repertorios que relacionan RD con *transformación*, como es posible analizar desde el fragmento siguiente y otros que ya hemos subrayado en este apartado:

ENT 7, Sec 31 - (...) como no trabajamos con el cambio de jeringuillas y de pipas de crack, los principios son mas dirigidos a la relación empática con el sujeto, de intentar trabajar con él el tema de la autonomía, del autocuidado.

Por otra parte, el mantenimiento de la abstinencia también aparece como señal de transformación bajo intervenciones de la RD. Aunque los/las participantes tengan diferentes opiniones respecto a la relación entre RD y abstinencia de drogas, encontramos dicho resultado como deseado al final de un proceso de atención sanitaria, como recordamos en el fragmento de la ENT 5 (Sec 5), ya anteriormente utilizado, que dice que “para la Sanidad Mental, la RD es abstinencia”.

El éxito de la RD se ve también relacionado con la inserción de las personas en una red de cuidados de la sanidad:

ENT 5, Sec 28 - el usuario de droga inyectable ha dejado de usar este tipo de droga y cambia a otra más leve, por él mismo. Por estar dentro del proyecto (de RD), porque entonces usted levanta la autoestima de él, lo saca de la calle, levanta la autoestima, trabaja con la familia, ha hecho una derivación para la sanidad, para que él vea su salud en general. Levanta la autoestima de él entonces, automáticamente, él comienza a ir para otra droga, más leve.

ENT 6, Sec 29 – (...) garantizar el acceso de las personas al tratamiento, todo esto forma parte de una política de reducción de daños generados por las drogas. Creación de los servicios... Uno de los temas de la clínica que sabemos que existe es la dificultad de que las personas llegaran al servicio. Un componente de la política es hacer la acogida adecuada para que la persona pueda adherirse al servicio, que pueda tratarse.

Otro conjunto de repertorios sobre lo que se espera de la intervención bajo la perspectiva de reducción de daños está relacionado con la prevención de Sida y otras enfermedades de transmisión sanguínea o sexual. No ser infectado o no infectar a otra persona con estas enfermedades, bajo efecto de las drogas, aparece como un éxito de la RD:

ENT 5, Sec 30 - Porque el usuario, si quiere usar el crack, lo va a usar. Quiero decir, él tiene esto en la cabeza. Pero puede usar el crack con prevención: no compartir la pipa, poner su protector labial y no compartir con los otros usuarios, porque de este modo evitaremos la transmisión de enfermedades. Es lógico que él no va transmitir la Sida, pero puede transmitir tuberculosis o hepatitis. Y además, usando el crack él va quedar mucho más vulnerable a tener una relación sexual desprotegida. O con cualquier otra droga pasa lo mismo. No sólo el crack, no. Entonces, es esto lo que trabajamos con ellos.

Destacamos una vez más que los sentidos producidos respecto a lo que constituye el resultado de las intervenciones basadas en la RD aparece basado en la noción de riesgo que percibe la persona como responsable por el control de los riesgos a la salud y por evitar lo que se elige como riesgo o daño.

En el fragmento que tratamos de señalar se asume que hay más probabilidades de que haya relaciones sexuales no seguras bajo efecto de drogas por un descenso en el control que el uso puede generar. Dicho discurso es mayoritario en el escenario que hemos analizado, incluso en el contexto de las intervenciones basadas en la RD, y parece todavía corresponder a una cierta construcción del consumo de drogas que relaciona dicha práctica con la falta de control. Podríamos decir, por ejemplo, que en una pareja monogámica también hay un riesgo aumentado de tener relaciones sexuales sin protección pero no se asume que sea por falta de control.

La falta de control que supuestamente generada por el consumo de drogas también la vemos presente en las producciones discursivas relacionadas con las *recaídas*, es decir, el hecho de volver a usar drogas después de un período de abstinencia. Dicha reafirmación de la incapacidad de gestionar el riesgo aparece como un fantasma que ronda la atención de las personas que tienen problemas con los usos de drogas, aunque el discurso explícito sea el de la adopción de la perspectiva de la RD, que no necesariamente supone la abstinencia en el uso de drogas. Veamos algunos fragmentos que tratan de la expectativa de la abstinencia:

Grupo 1, Sec 104, PART/GRU 1 – (...) Me preocupo también con el horario de funcionamiento del CAPS, porque es la puerta de entrada sí, para la sanidad mental, y el horario dificulta, porque a veces aquel usuario está hoy, en aquel momento, él dice “no, yo voy ahora a pedir ayuda, porque si no la tengo ahora, me voy a morir”. Entonces él llega al servicio y escucha: “mira, ahora ya cerramos, tienes que volver mañana”. ¿Mañana? El tío no va a volver nunca jamás, él ya ha tomado alcohol de nuevo, él se ha ido. Y nosotros perdemos la persona, literalmente.

Grupo 2, Sec 37, PART/GRU 24 – (...) No solamente el tema del cuidado, sino de la cura, donde decimos: “tienes que parar porque vas a morir”. Es como hemos discutido antes, muchos acaban diciendo “ya lo se que me voy a morir, quiero morir.”

Aunque la RD ha sido citada como eminentemente política, las expectativas respecto a los cambios y transformaciones bajo intervenciones asentadas en la RD en general se referían al nivel individual, personal, y no a cambios estructurales o macro-políticos. Son intervenciones que buscan controlar, adaptar e incluso aumentar la autoestima de las personas que consumen drogas, bajo y orientado por una forma de entender y gestionar el riesgo que supone una responsabilidad de la persona por su salud, como hemos discutido anteriormente.

Para finalizar y resumir, de los que hemos discutido en este apartado los sentidos producidos sobre la RD y el lenguaje de riesgo utilizado por los participantes del estudio, destacamos:

1) las producciones discursivas que defieren la RD por lo que se hace y por quién y dónde lo hace, por la práctica, por sus aspectos más empíricos. La RD, por lo tanto, aparece como sinónimo de acción de campo, de calle, de terreno, o comunitaria (dónde), llevada a cabo por reductores/as de daños (quién lo hace), dirigida a personas que consumen drogas y que generalmente no acuden a los servicios sanitarios tradicionales (para quién), para las que se hacen cambios de insumos y materiales educativos y acciones de *advocacy* (lo que se hace), con el objetivo de aumentar la autoestima, mejorar el autocuidado y promover transformaciones en la dirección de una mejor calidad de vida;

2) en general, las producciones discursivas de los/las participantes del estudio relacionan la RD con dificultades, fragilidades, limitaciones y discontinuidades, sea cuando hablan de la política de modo macro, sea cuando tratan de las estrategias/intervenciones llevadas a cabo en su ámbito. Agrupamos las dificultades en: de implementación, de monitorización y evaluación y de definición conceptual. La falta de legitimidad de la RD como una política pública, los escasos medios económicos de financiación de las acciones y la heterogeneidad y complejidad del concepto de RD han sido señalados como los principales retos que se deben enfrentar;

3) encontramos muchas referencias a la RD en cadenas de sentidos relacionadas con la concepción de la RD como proyecto, que remite a la idea de conocimiento en construcción, de algo que aún no es pero intenta ser, como un conjunto de saberes y prácticas que está en ampliación y maduración. La propia ejecución de las acciones aparece como inestable, discontinuada, en la que la tercerización del trabajo de campo por la contratación de ONG emerge disfrazada de asociación o trabajo en red;

4) hemos discutido que aunque muchos términos han sido utilizados para decir lo que es la RD, como por ejemplo lógica, perspectiva, concepción, estrategia, sensibilidad, ha estado muy presente un conjunto de repertorios lingüísticos que la presenta como un modelo de atención sanitaria y un modo de cuidar, basados en principios que definen a la persona atendida/cuidada como alguien a quien hay que dar crédito, escuchar y acoger, a veces relacionados con la mejora de la calidad de

vida de la población atendida. Dicho modelo o modo de cuidar tiene que ver con una manera de explicar la complejidad de los contextos de usos de drogas y con la diversidad de modos de actuar en el mundo y de tipos de intervención posibles;

5) hemos encontrado producciones discursivas que ponen a la RD en un plano político que señala una postura emancipadora, tanto de de la población atendida, como de la propia política en el contexto de reafirmación de los principios del SUS;

6) hemos discutido que la RD está ubicada en un campo complejo de disputa política, tanto al nivel de los discursos y de la formulación de políticas públicas sobre drogas, como al nivel de quién implementa dichas políticas. Destacamos dos niveles de disputa (entre gobierno y sociedad civil y del sector de Sida/VIH y de la sanidad mental) y discutimos sobre la existencia de conflictos respecto a quién opera la política y quién es su responsable , quién tiene legitimidad y conocimiento para hacerlo y quién no tiene;

7) hemos discutido que aunque los/las reductores de daños han sido caracterizados constantemente como los que tienen legitimidad y conocimiento para llevar a cabo las acciones de RD, ellos no son los únicos responsables de dichas políticas puesto que están coordinados por otros tipos de profesionales, quizá no tan híbridos como los reductores. De todos modos, la cara de las acciones sigue estando marcada por la figura del reductor y se habla poco o nada sobre quién los avala;

8) Finalmente, analizamos las producciones discursivas respecto a lo que se espera de las intervenciones basadas en la RD, y hemos señalado que el cambio y la transformación al nivel individual, del sujeto, ha sido uno de los resultados esperados que ha tenido más fuerza en el conjunto de repertorios utilizados.

Para finalizar el apartado, destacamos que los sentidos producidos respecto a lo que es el resultado de las intervenciones basadas en la RD utiliza una racionalidad de riesgo que supone la persona como responsable del control de los riesgos a la salud y de evitar lo que se elige como riesgo o daño, con poca expresión de la positividad del *riesgo aventura*.

Cabe subrayar en este sub-eje la construcción del fenómeno de las drogas como un campo en el que hay que intervenir, lo cual supone la utilización de estrategias resolutivas, que disminuyan o eliminen el problema. Tal como señala Montenegro (2001) respecto a la intervención social, en las producciones discursivas

relativas a la atención sanitaria hacia personas que consumen drogas también hemos encontrado la expectativa de transformación y cambios en la vida de los intervenidos, que resulten en nuevas formas de estar en la sociedad, supuestamente más beneficiosas para ellos, para sus familias y para la sociedad de modo amplio.

El enfoque político y promotor de emancipación que se asume para la RD parece contradictorio con las expectativas respecto a los cambios y transformaciones bajo intervenciones al nivel individual, personal, y no a cambios estructurales o macro-políticos. Las intervenciones están basadas en una idea de falta de control y buscan el control y la adaptación de las personas desde una perspectiva individualizada.

Pero, por otra parte, la RD también se considera un modelo de atención y un modo de cuidar adecuado a los hombres, ya que se caracteriza por ser menos predictiva e impositiva de reglas y conductas, lo que resultaría en un tipo de intervención no marcada por la sumisión de los intervenidos en relación con quién interviene. La propia lógica de trabajo de los/las agentes reductores/as de daños supone una relación un poco más horizontal que otras relaciones entre profesionales y público atendido.

Así, resulta oportuno pasar al conjunto de consideraciones finales respecto a la construcción de un modo generizado de comprender y actuar en el contexto de atención sanitaria dirigida a las personas que consumen drogas, focalizando nuestra atención en los hombres-usuarios de drogas y en algunas de las contribuciones del modo de intervenir bajo y orientado por la RD.

Cambiantes

Entre el pecho y la letra
Entre la leche y la línea de argumento
Perdiéndome en el mundo del conocimiento
Encontrada por él en el mundo de la maternidad

Mi hijo al pecho, yo delante del ordenador
Palabras dichas y lo que no es posible decir, en el instante de ser las dos y una
La madre y la estudiante, la poeta y la que alimenta, de leche y de sueño de ser doctora,
La unidad madre-bebé.

Se duerme él, yo empiezo a soñar, con el día de noviembre en el que todo acabará
Empezarán otras cosas, otros ciclos, novedad
Necesito el final, otro empezar
Con leche, con letras, con sueños, construyendo "realidad"

PARTE E - Consideraciones finales

5.1 Hacia un modo generizado de comprender-actuar en la sanidad mental en el contexto de atención a los hombres que tienen problemas con el consumo de drogas

El objetivo de este apartado es presentar algunas de las articulaciones posibles entre los sentidos producidos sobre los hombres/las masculinidades y la reducción de daños, en un ejercicio de pensar contribuciones a la construcción de un modo generizado de comprender y actuar en el contexto de la atención sanitaria a las personas que consumen alcohol y otras drogas.

Podemos resumir nuestro intento de ofrecer sugerencias para pensar e intervenir en el campo sanitario de las drogas bajo una perspectiva estructurante de género recurriendo a las ideas de Foucault señaladas por Butler (2006), cuando dice que la persona que investiga críticamente tiene una doble tarea: exponer cómo opera el saber y el poder para construir una forma más o menos sistemática de ordenar el mundo dentro de sus propias “condiciones de aceptabilidad del sistema”, pero también localizar la forma en la que el campo se encuentra con su punto de ruptura, los momentos de sus discontinuidades y los lugares donde se logra construir la inteligibilidad que promete. Esto implica que se busquen las condiciones mediante las cuales se constituye el campo del objeto, así como los límites de dichas condiciones, el momento en el que indican su contingencia y su susceptibilidad de ser transformada (p. 305).

En este sentido, el apartado que ahora empezamos más que una función en sí, cumple el rol de ser complementario a nuestras exposiciones en el apartado analítico D, añadiendo aportaciones que ayudan a pensar la *susceptibilidad a la transformación* que puede tener el escenario que ha sido objeto de nuestro intereses.

Tal como apunta Scott (1990), nuestra preocupación a lo largo del desarrollo de la tesis ha sido que la investigación pudiera añadir nuevas perspectivas a viejos problemas, contribuyendo a que el género pueda redefinirse y reestructurarse en conjunción con una visión de igualdad política y social que comprenda también la clase, la raza, la nacionalidad.

Desde dicha perspectiva, las producciones discursivas que hemos analizado en el campo de atención sanitaria a las personas que consumen drogas girarán alrededor de dos ejes centrales:

1) la utilización de una perspectiva de género caracterizada por la fijeza de oposiciones binarias hombre-mujer, masculino-femenino, fuerza-fragilidad y por usos meramente descriptivos del género a nivel de las políticas y prácticas sanitarias que, por ejemplo, sitúa a los hombres-usuarios de los servicios como potencialmente peligrosos y violentos por un lado, pero por otro como frágiles por los problemas con el consumo de drogas, que saca de ellos aspectos de sus masculinidades, como la fuerza física y la violencia. No tiene en cuenta el carácter estructurante de las relaciones sociales e institucionales, un pensamiento que según Scott (1990) no se ejerce con frecuencia de modo preciso o sistemático, pero es necesario;

2) intervenciones sanitarias basadas en la racionalidad de *riesgo* como algo que debe ser evitado y controlado, en un contexto en que se concibe el *riesgo* asumido por los hombres como relacionado con unas masculinidades que utilizan el cuerpo y la genitalidad como expresión de virilidad y hombría, y por lo tanto, controlar los riesgos acaba siendo también un modo de controlar a los hombres en sus actualizaciones de ciertas masculinidades.

Aplicando los cuatro elementos constitutivos del concepto de género sugerido por Scott (1990) a las preocupaciones que hemos señalado anteriormente, analizamos que dichos fenómenos se nos presentan como efectos de cierto modelo de género que se utilizan en las políticas y a nivel de las intervenciones, y que pueden relacionarse con:

1) el modo en que se articula el poder a nivel de las organizaciones sociales que evocan símbolos culturales como el de María-cuidadora y Eva-persuasiva, de Adán-engañado y Caín-violento; 2) los conceptos normativos manifestados por medio de los sistemas sanitarios que consideran, por ejemplo, a los hombres-usuarios como transgresores y violentos que necesitan reglas, límites y punición; 3) las traducciones del modelo binario hombre-mujer a nivel de las prácticas sanitarias, que contribuyen a la construcción de la idea de que las mujeres-profesionales tienen una “escucha” más sensible y los hombres-profesionales saben imponer límites; 4) las actualizaciones, por hombres y mujeres, de sus identidades de género en el contexto de la atención sanitaria, poniendo de manifiesto la imposibilidad de que los hombres y mujeres

“reales” se adecúen literalmente a las prescripciones de la sociedad respecto al género, como señala Scott (1990).

Hemos, por lo tanto, hecho algunas preguntas para ayudar a generar posibilidades de redefinición de los términos de género en el contexto que hemos trabajado. Resultarán en respuestas situadas y contextualizadas, que transformamos en sugerencias hacia el sistema sanitario público brasileño de atención a las personas que consumen drogas, presentadas a lo largo de este apartado final de la tesis.

Por un lado, defendemos que el género se tome como una herramienta analítica de los sistemas de relaciones sociales o sexuales, como un elemento estructurante de las relaciones de poder también a nivel de las políticas y de las intervenciones sanitarias. Por otro lado, de modo articulado con lo que acabamos de decir, se puede tomar la RD como una posibilidad de comprensión de la variedad de posiciones de sujeto de la atención sanitaria y como un modo de tensionar modelos fijos y la propia función legitimadora del género en el contexto de atención sanitaria a las personas que consumen drogas, en la medida en que critica los modos hegemónicos pensar e intervenir en dicho contexto.

En este sentido, para ampliar nuestras posibilidades de posicionar a los sujetos y tensionar los modelos fijos también al tomar la RD como perspectiva, sugerimos incluir en el contexto de la atención sanitaria una racionalidad de *riesgo* que entienda la positividad del *riesgo aventura* en los modos de actuar frente a las drogas, que permita que el *riesgo* no sea solamente algo que debe ser evitado y controlado a nivel de las intervenciones sanitarias, sino también buscado y posible en el universo de experiencias de placer que puede tener el consumo de drogas. Es decir, creemos que es importante incluir en el sistema de atención sanitaria la dimensión singular del deseo que está relacionada con el hecho de consumir drogas y rechazar la relación lineal entre *riesgo* y adopción de medidas sanitarias controladoras, como en general ocurre.

Tal como Spink (2010) nos ayuda a pensar, el hecho de tomar la RD como perspectiva señala la aceptación de la inevitabilidad de los estilos de vida llamados arriesgados en contraste con el imperativo moral de las prácticas saludables que basan el referido modelo de atención sanitaria fundado en intervenciones autoritarias que sitúan a los/las intervenidos/as en un lugar fijo de fragilidad y sumisión, que se ve como relacionado a lo femenino, llevando a cabo una función legitimadora de género a nivel de la Sanidad.

En este sentido, defendemos la inclusión de la dimensión del placer relacionada con los consumos de drogas no solamente por su potencial de permitir una variedad de posiciones de sujeto, sino también como una forma de resistir a los excesos de moralidad asociados al enfoque de la promoción de los estilos de vida sanos, como discute la referida autora, posibilitando incluir nuevas formas de legitimación de género que permitan atender a los hombres y a las mujeres bajo otros principios que no sean el control y la medicalización de los cuerpos.

Hay que tener en cuenta, como ya hemos puntuado, que el *riesgo* asumido por los hombres, por ejemplo, aparece relacionado con unas masculinidades que utilizan el cuerpo y la genitalidad como expresión de virilidad y hombría. En este sentido, controlar los riesgos acaba siendo sinónimo de controlar a los hombres en sus actualizaciones de ciertas masculinidades. Por lo tanto, otra racionalidad de riesgo aplicada a dichos contextos, llevada a cabo por la perspectiva de la RD, que incluya la dimensión positiva del riesgo, ayuda a romper con el ciclo riesgo-control, que basa y subordina a las personas que necesitan cuidados sanitarios.

Sugerimos que se adopte una perspectiva feminista de género⁴⁰, en un intento de garantizar que el género sea utilizado de modo útil sin romper su vínculo con el feminismo, como han alertado algunas autoras (Cabruja, 2008; Medrado y Lyra, 2009). Consideramos que dicha articulación es necesaria en nuestro esfuerzo de mantener la dimensión de la crítica política a las desigualdades y la posibilidad de fomento de proyectos de transformación de sociedad que pueden ser generados desde dicha crítica.

Por otra parte, a lo largo de nuestro trabajo, tenemos también en cuenta la reflexión apuntada por Butler (2006) de que el género, por un lado, puede ser el mecanismo a través del cual se produce y se naturalizan las nociones de masculino y femenino pero, por otro, el género también puede ser el aparato a través del cual dichos términos se reconstruyen y se desnaturalizan. Por lo tanto, aunque en muchos momentos de nuestro trabajo la incorporación del concepto de género a nivel de las políticas y de las prácticas sanitarias se ha considerado (por nosotros y por los/las

⁴⁰ Como hemos discutido en el apartado B, nos acercamos a lo que defiende Benedito Medrado y Jorge Lyra (2009) en la formulación de una matriz feminista para los estudios sobre los hombres y las masculinidades, a partir del diálogo entre producciones contemporáneas que adoptan género como categoría analítica y algunos referenciales teóricos de autoras que se autodefinen a partir de una perspectiva feminista crítica, especialmente Teresita de Barbieri, María Jesús Izquierdo, Joan Scott, Donna Haraway y Verena Stolcke. La necesidad de construcción de la matriz feminista de género se ha dado especialmente porque en general los estudios que utilizan el concepto de género desde una perspectiva relacional y que tienen a los hombres y las masculinidades como objeto de análisis no incluyen las críticas feministas, generando producciones despolitizadas.

participantes del estudio) como un refuerzo de las dicotomías y de la rigidez del sistema binario, defendemos su utilidad para lograr justamente la reconstrucción y desnaturalización de estos términos.

Orientadas por la necesidad de reconstrucción y desnaturalización del modo fijo y unívoco en el que son construidos los sujetos de las políticas públicas y las intervenciones sanitarias, hemos encontrado en la perspectiva de la Reducción de Daños una salida propositiva, una posibilidad de operar/fomentar algunos de los cambios que consideramos importantes para lograr una atención sanitaria que contemple la variedad de posiciones de sujeto. Además, la RD puede ser útil para tensionar los modelos fijos y la propia función legitimadora del género en el contexto de atención sanitaria a las personas que consumen drogas, en la medida, por ejemplo, en que permite atender a los hombres y a las mujeres bajo otros principios que no sean el control y la medicalización de los cuerpos y cuestionar el propio modelo de atención basado en la sumisión y en la fragilidad.

En este sentido, el conjunto de posicionamientos y sugerencias que proponemos nos parece justificado, entre otras cosas, por el hecho de que la atención sanitaria en Brasil aún se nos presenta pautada por “modelos de atención”, que en general son modelos cerrados, directivos y predictivos, que establecen “verdades” respecto a los problemas y los modos correctos de intervenir en ellos, orientados desde políticas también generalizadoras, que universalizan los sujetos a las que se destinan.

Consideramos, por supuesto, los avances señalados por los principios y directrices del SUS (universalidad, integralidad, equidad, regionalización y jerarquía de la red, participación social y control social) que, articulados, buscan ofrecer una atención más cercana a las necesidades de las personas. Sin embargo, algunos autores destacan que el tema es complejo, entre otras cosas, porque el SUS necesita alcanzar las especificidades y la multiplicidad de los modos de ser de los sujetos sanitarios y, a la vez, ofrecer una atención universal (Benevides & Passos, 2005).

Un Sistema Sanitario para ser “único”, como propone el SUS, necesita implantarse como un plan común que conecte a diferentes personas, pero que solamente pueda ser puesto en marcha por medio de cambios de las prácticas sanitarias del día a día (Benevides & Passos, 2005). Dichas reflexiones respecto a la universalización de la atención sanitaria que señalan la necesidad de cambios en el Sistema pueden ser un camino para tensionar la universalización de las categorías

(hombre y mujer) y alcanzar las especificidades de los modos de actuar desde el género.

Los discursos que apuntaban hacia la urgencia de respuestas a una llamada “crisis sanitaria” brasileña, identificada por muchos expertos como limitaciones y carencias del propio modelo del SUS. Dichas limitaciones han sido generadas por la dificultad de poner en práctica los principios del SUS. Así, ha empezado un proceso de “humanización” del Sistema que ha resultado en la creación de la Política Nacional de Humanización – HumanizaSUS (Ministério da Saúde, 2004a), que desde el año 2003 se propone poner en práctica los principios del SUS en el día a día de los servicios sanitarios, produciendo cambios en los modos de gestión y atención (Benevides & Passos, 2005).

Por otra parte, para las referidas autoras (Benevides & Passos, 2005), las propuestas de humanización del SUS también son criticadas por no lograr cambios efectivos en los modelos de atención y de gestión instituidos. La propia “humanización”, según ellas, a veces se expresa en acciones fragmentadas e imprecisas por la fragilidad del concepto, que se ven asociadas al voluntarismo, al asistencialismo, al paternalismo o al tecnicismo administrativo. Por lo tanto, apuntan que, para lograr los cambios al que se propone, hay que enfrentar los retos conceptuales y metodológicos presentados en el proceso (Benevides & Passos, 2005).

Sin embargo, analizamos que muchos de los intentos de cambio en los sistemas sanitarios, inclusive la creación y puesta en marcha del propio SUS, pasan por procesos de resistencia muy fuertes porque, entre otras cosas, cuestionan un modelo médico-farmacológico basado predominantemente en intervenciones de control de los cuerpos. Dicho de otro modo, pasa por resistencias al cambio todo lo que intenta escapar a dicho modelo hegemónico instituido bajo un modo de concebir el poder médico como algo que subordina a la persona atendida, a nuestro parecer, uno de los efectos del género en las relaciones sociales e institucionales.

Como señala Scott (1990), para alcanzar el significado de procesos como éste necesitamos considerar a los sujetos sanitarios y a la propia Sanidad para visibilizar la naturaleza de sus interrelaciones y conseguir comprender cómo actúa el género y cómo tiene lugar el cambio en dichos procesos de significación.

En este sentido, proponemos que los propios discursos de la Sanidad, del SUS y de la Política de Humanización sean examinados bajo dicha mirada crítica, para que

sea posible lograr cambios efectivos en la atención sanitaria. Tal como señala Scott (1990) al analizar la manera en la que se expresa el género en el poder político del capitalismo, la oposición binaria y el proceso social de relaciones de género forman parte del significado del propio poder y, por lo tanto, cuestionar o alterar cualquiera de sus aspectos es una amenaza al propio sistema (en este caso, al capitalismo). Aunque sea una comparación entre fenómenos de naturaleza y proporciones diferentes, quizás el mismo análisis sea posible en relación con el propio sistema sanitario, lo que justificaría las resistencias que hemos señalado respecto a la incorporación de una perspectiva de género como elemento estructurante a las políticas sanitarias. De este modo, en un esfuerzo de mirar críticamente, reafirmar, valorizar y actualizar importantes logros del SUS como un proceso de resistencia a dicho poder instituido a nivel de la Sanidad, intentaremos articular algunas de nuestras sugerencias sobre los pilares de la Política de Humanización del SUS.

La *Clínica Ampliada y Compartida*⁴¹, por ejemplo, uno de los principios de la Política de Humanización, puede ser muy útil para entender e intervenir en el campo de la atención a las personas que consumen drogas, para contribuir a la resignificación de las relaciones de poder relacionadas con la *función legitimadora del género* (Scott, 1990) que funciona a nivel de las prácticas sanitarias.

Asimismo, tenemos en cuenta que hay que examinar constantemente y de modo crítico cómo repercuten en las prácticas sanitarias los valores en los que se basa dicha Política, a saber, la autonomía y el protagonismo de los sujetos, los vínculos solidarios y la participación colectiva en las prácticas sanitarias.

Dicho examen crítico es necesario para que no sean reforzadas, por ejemplo, prácticas que responsabilicen únicamente a los sujetos por sus condiciones de salud, ni que sobrevaloren la participación colectiva de modo que se imponga como algo indispensable, como hemos discutido en el apartado analítico respecto a la necesidad de que los hombres participen activamente en el proceso de tornarse sujetos de la política sanitaria.

Las producciones discursivas que hemos analizado sobre el tema apuntan al protagonismo y la participación política de los hombres en la búsqueda del derecho a

⁴¹ La *Clínica Ampliada y Compartida* es una herramienta teórica y práctica cuyo objetivo es contribuir a una perspectiva clínica del proceso de enfermar y sufrir que considere la singularidad de los sujetos y la complejidad del proceso salud/enfermedad. Permite enfrentar la fragmentación del conocimiento y de las acciones sanitarias y sus respectivos daños y ineficacia (Ministério da Saúde, 2004a).

la Sanidad como la manera privilegiada de explicitar sus demandas sanitarias y lograr una posición de sujeto sanitario, desconsiderando, por una parte, que hay otros modos de acercamiento a las demandas sanitarias de los hombres, como la propia escucha adecuada de las demandas en las intervenciones, por ejemplo, y por otra parte, desconsiderando que la articulación de dichas reivindicaciones desde un lugar generalizado marca la posición de los hombres en el mismo plano de poder en el que están las mujeres. Por lo tanto, como hemos discutido en otros momentos, tomar protagonismo en este campo implicaría que los hombres asumiesen sus fragilidades y vulnerabilidades (Carrara, *et. al.*, 2009).

Sin embargo, también hemos tomado la opción de aportar nuestras sugerencias de modo dialogado con la Política de Humanización porque la RD ya dialoga muy bien con lo que propone la referida Política, compartiendo algunos de sus principios. A nivel de las acciones guiadas por la RD, por ejemplo, como hemos señalado en el apartado B, el llamado Método Clínico-político de la RD acaba por actualizar tanto los principios del SUS, como las directrices de la política nacional de alcohol y otras drogas (transversalidad, clínica ampliada y actuación en el territorio) y las funciones creadas por la propia RD (la gestión compartida, la co-responsabilidad y la cooperación) (De Paula Santos, 2007) y compartidas con la Política de Humanización.

Algunos autores (Petuco & Medeiros, 2009) consideran la RD como una clínica política que permite abordar cuestiones que no se tienen en cuenta en la clínica convencional. Permite, asimismo, la construcción de puentes para que los movimientos y discursos emergentes en el ámbito de la vida tensionen los saberes de las ciencias sanitarias comprometidos con el ideario curativo y el pragmatismo médico-científico que no piensan los consumos de drogas asociados al placer, sino más bien al sufrimiento psíquico. Y es justamente en esta corriente en la que analizamos que la RD ayuda a pensar y poner en práctica la inclusión de una racionalidad positiva del *riesgo aventura* y las reconstrucciones de género necesarias en el campo de atención sanitaria a las personas que consumen drogas.

En resumen, esta parte introductoria del apartado de Consideraciones Finales tiene también la función de señalar que, por la orientación teórica y política que hemos tomado y tratamos de resumir, no nos interesa proponer *modelos*, sino proponer un conjunto de sugerencias para pensar e intervenir en el contexto de la atención sanitaria a las personas que consumen alcohol y otras drogas. Lo que nos interesa es destacar la dimensión dinámica, de movilidad, abierta, porosa y múltiple de los

variados modos posibles de intervenir junto a los hombres, utilizando la potencialidad de la perspectiva de género como estructurante de las relaciones de poder para resignificar el propio contexto de atención sanitaria.

Por lo tanto, consideramos que todas las personas involucradas en los contextos de atención sanitaria son personas múltiples, que actúan y se posicionan de modo flexible y que preforman el género de modos muy variados y dependientes del contexto y de los procesos de interacción dialógica, no solamente las personas atendidas en los servicios sino también los/las profesionales y gestores/as.

Como señala la postura construccionista que hemos tomado y algunos de los proyectos epistemológicos feministas con los que dialoga, de los que hemos tratado en el apartado B, suponemos la posibilidad de múltiples modos de pensar y actuar, que admita el ejercicio crítico de la deconstrucción, incluyendo allí la posibilidad de analizar también lo que se nos presenta como “problema” susceptible a la intervención sanitaria, la acción puesta en marcha para sanarlo y sus posibles consecuencias.

Para tornar posible dicha multiplicidad de posicionamientos y el ejercicio crítico, hay que tener en cuenta que en el escenario con el que trabajamos, como en cualquiera, coexisten rupturas/permanencias históricas y múltiples dinámicas generadas por los cambios históricos ocurridos en el campo de atención sanitaria a los usos de drogas, como señala la perspectiva de las prácticas discursivas y de producción de sentido sobre la vida cotidiana.

Así, en el *tiempo breve* del proceso de interanimación dialógica consideramos la coexistencia de múltiples voces tornadas presentes y activas por la memoria cultural (*tiempo largo*) y por la memoria personal (*tiempo vivido*) (Spink, 1999). Dicho proceso es visible a nivel de las producciones discursivas que señalan la existencia de tensiones de grados variados entre los conocimientos hegemónicos y abstencionistas respecto a las drogas y lo “novedoso” de la RD; entre un modo binario de incorporar una perspectiva de género a las políticas sanitarias y un modo estructurante; entre considerar el *riesgo* como algo que debe ser evitado y como algo que debe ser buscado.

Finalmente, hecha esta breve introducción y teniendo en cuenta las tensiones que tratamos de apuntar, pasaremos a los debates que han resultado de nuestros análisis.

5.1.1 Más allá del binarismo y de la transversalidad de género: hacia una perspectiva de género como elemento estructurante de las relaciones de poder entre personas y a nivel de las instituciones sanitarias

A lo largo del trabajo, han aparecido frecuentemente dos conjuntos de sentidos relacionados con el género en las producciones discursivas que hemos analizado: 1) género como sinónimo del trabajo con las mujeres o sobre las mujeres, marcado por el binarismo de género y por la descripción de roles e identidades; 2) género como un *tema* transversal para la Sanidad, junto con otros temas, como clase, delincuencia y consumo de drogas.

Por un lado los participantes del estudio ven el concepto de género como un elemento formado por atributos femeninos y relacionado con lo femenino, como algo sutil y, por lo tanto, para trabajar desde dicha perspectiva, ellos/ellas ven la necesidad de tener sutileza en los modos de intervenir. La perspectiva de género utilizada en este caso, toma el género como sinónimo de mujer, lo relaciona con lo femenino y está marcado por la rigidez de la oposición binaria. Además, caracteriza lo femenino cómo subjetivo, sensible, frágil, maternal.

Por otro lado, los participantes consideran que la transversalidad del género es necesaria, pero, también han apuntado innumerables resistencias a dicha transversalidad a nivel de las políticas y de los servicios sanitarios para la atención a las personas que toman drogas, entre ellas, la que acabamos de presentar, es decir, la dificultad de aplicar una perspectiva de género al trabajo con los hombres por su aproximación a lo femenino y a las mujeres.

Hemos encontrado en la literatura respecto al tema que la expresión “transversalidad de género” y términos similares están muy marcados por el contexto internacional de las grandes conferencias de mujeres y de poblaciones, resultado de la fuerte reivindicación de los movimientos de mujeres para que los Estados e instituciones gubernamentales incluyesen la perspectiva de género en las políticas públicas pero, con el foco en la mejora de las condiciones de las mujeres en los diversos sectores de la sociedad (Ferreira, 2000).

En el *tiempo largo* de las producciones discursivas respecto a la transversalidad de género, el tema estaba relacionado con las mujeres. Implicaba tan solo usos descriptivos del género como atributos, en la universalización de categorías

(especialmente la categoría *mujer*) y en la oposición hombre-mujer, con la consecuencia de considerar dichas construcciones como muy estables y fijas, aunque no lo sean.

Para algunos/as de los/las participantes, el campo sanitario de las drogas es un campo restrictivo y limitante, que no admite críticas a los modos de hacer y a los *nuevos* temas asumidos como necesarios. Algunos/as evalúan que, por la rigidez de las instituciones, la inclusión del género como tema transversal se considera importante, pero no lograda.

En esta dirección, analizamos producciones discursivas que señalaron no que no había sitio para las cuestiones de género en la actividad cotidiana de los servicios basados en el modelo médico-biológico adoptado por la Sanidad, focalizado en los procedimientos, las enfermedades y los medicamentos, un modelo generalizante que no contemplaría las especificidades de los modos de ser y vivir de las personas. Por lo tanto, desde dicha posición, hay que deconstruir el propio modelo de atención sanitaria para dar lugar a otras posibilidades en las que el género pueda ser incluido.

Por otro lado, la Sanidad también es vista como un sector cuyo objetivo es atender a la vulnerabilidad y a la fragilidad. En este sentido, identificar a los hombres como sujetos de las políticas sanitarias supone percibirlos como frágiles y vulnerables, lo que refuerza una idea de masculinidad no vulnerable y de un sujeto hombre que no necesita de los cuidados sanitarios.

Articulando los dos temas que acabamos de subrayar, si la Sanidad ya es vista como un sector para frágiles, la situación se agrava por la adopción de una perspectiva de género, que predominantemente se relaciona con las mujeres y lo femenino, entendidos como fragilidad. El habla de los/las participantes se nos presenta cargada de conflicto, quizás porque dicha articulación puede verse como un refuerzo en la aproximación de los hombres a lo femenino, poniéndolos en el mismo plano de poder en el que están las mujeres, en una posición inferior en la jerarquía de género.

Por lo tanto, no solamente hay que deconstruir el modelo de atención sanitaria para dar lugar a la perspectiva de género, sino también la propia noción de género comúnmente utilizada en la Sanidad, que quizás sea una consecuencia de la incorporación inadecuada, banalizada y despolitizada del concepto de género en las políticas públicas de sanidad señalada por algunos autores (Izquierdo, 1994; Medrado y Lyra, 2009; Matos, 2008; Aquino, 2006), como hemos discutido en el apartado B.

En el concepto propuesto por Scott (1990), la traducción del modelo binario hombre-mujer a nivel de las organizaciones sociales es uno de los cuatro elementos constitutivos del concepto de género. Así, consideramos que las traducciones del modelo binario hombre-mujer a nivel de la Sanidad deben tenerse en cuenta porque construyen la percepción y la organización de los servicios sanitarios, posicionan a la población atendida y a los/las profesionales en sus modos de intervenir, y tienen una función legitimadora de las relaciones de género hegemónicas.

Sin embargo, recordamos lo que nos dice Butler (2006), es decir, que un discurso restrictivo de género que insista en el binarismo hombre-mujer como la forma exclusiva para entender el campo de género *performa* una operación reguladora de poder que naturaliza el caso hegemónico y reduce la posibilidad de pensar en su alteración.

Por lo tanto, creemos necesario comprender las construcciones lingüísticas basadas en el binarismo de género para entender cómo actúa el género a nivel de las políticas y de las prácticas sanitaria y la función legitimadora que cumple. Sin embargo, es necesario ir más allá de la mirada transversal y de la oposición binaria.

Entendemos, pues, que una de las maneras posibles para encontrar sitio a la incorporación de la perspectiva de género como estructurante de las relaciones de poder en la Sanidad es radicalizar la adopción de algunos de los principios y directrices de la Política de Humanización del SUS, que supone cambios en las propias estructuras de la Sanidad y en los modelos de atención, y dialoga directamente con la perspectiva de la reducción de daños, compartiendo incluso las directrices.

Por ejemplo, la noción de Clínica Ampliada, una de las directrices de la Política de Humanización, supone: 1) modos singulares de intervenir, tensionando los límites de cada uno de los matices disciplinares involucrados y proponiendo el diálogo entre las disciplinas; 2) la comprensión ampliada del proceso salud-enfermedad, buscando soluciones compartidas, superando los enfoques puntuales e individualizados; 3) cambios a nivel de la gestión para promover la comunicación transversal de y entre los equipos de trabajo, incentivando una clínica compartida que contemple la capacidad de escucha de la persona que busca atención (y de los/las propios/as profesionales), que permita una crítica a las intervenciones automatizadas y un examen crítico de la complejidad de la expresión de los problemas sociales y subjetivos involucrados en los problemas sanitarios; 4) el enfrentamiento del ideario de “neutralidad” y “no-

involucramiento” de los/las profesionales en los contextos de atención, de modo que se contemple su subjetividad en el proceso (Ministério da Saúde, 2009c).

En este sentido, y tomando dichos aspectos de la Clínica Ampliada, la incorporación de una perspectiva estructurante de género en la Sanidad contribuye a la comprensión de que los modos como las personas performan el género son múltiples y variadas, ayudando a romper la noción de fijeza, incentivando la reflexión sobre los efectos del género en las relaciones sociales e institucionales y la interacción del género con otros ejes de diferenciación como clase, raza y etnicidad, como señala Scott (1990).

Además, la perspectiva de género como estructurante aplicada a la Sanidad y dialogada con la Clínica Ampliada también amplía la posibilidad de repensar y cambiar aspectos estructurales de la atención sanitaria e ir más allá de tan solo “respetar las cuestiones de género, etnia, raza, orientación sexual y poblaciones específicas” (indígenas, quilombolas etc.), como señala la propia Política de Humanización del SUS (Ministério da Saúde, 2004c).

Consideramos que así también tenemos una herramienta para visibilizar cómo actúa el género y cómo tiene lugar el cambio a nivel de las intervenciones sanitarias, pero también a nivel de la gestión, para transformar aspectos que nos parezcan problemáticos en el contexto de atención sanitaria a las personas con problemas relacionados con el consumo de drogas.

Como dice Butler (2006) recordando a Foucault, tenemos una movilidad perpetua, una interacción compleja entre lo que replica el mismo proceso y lo que lo transforma. Por lo tanto, es importante comprender cómo se instituyen los términos del género, cómo se naturalizan y cómo se establecen como presuposiciones, pero también perfilar los momentos en los que se disputa y se reta al sistema binario, en los que se cuestiona la coherencia de las categorías, los momentos en los que el género en la vida social resulta maleable y transformable (p. 305).

En este sentido, vemos necesario entender y rechazar también la dicotomía fuerza-fragilidad, que basa los sentidos producidos respecto a los hombres en los servicios sanitarios, como un modo de oponerse a la propia calidad fija y permanente de la oposición binaria de género.

El reconocimiento de las situaciones de fragilidad que generan la necesidad de atención sanitaria de los hombres puede entenderse como un modo de confrontar otras situaciones de inconstancia del modelo de masculinidad basado en la fuerza, apuntando a sus rupturas. En este sentido, hay que cuestionar las supuestas constancias del género al poner manifiesto que los hombres y las mujeres “concretos” no satisfacen siempre y literalmente las prescripciones sociales. Además, es necesario cuestionar el rol que dichas construcciones cumplen en las rupturas de barreras hacia la medicalización (y control) de los cuerpos, una “función social” plasmada por la Sanidad y que debe deshacerse.

Sugerimos, por ejemplo, explorar y poner de manifiesto la hibridez de la posición de sujeto asociada a los hombres-reductores de daños, que no son vistos de modo fijo o estable en el día a día de los servicios sanitarios porque no se adecúan a los modelos fijos que definen a otros modos de ser hombre que conviven en dicho contexto, como el *hombre-usuario* y el *hombre-profesional*.

Por otra parte, es necesario entender y superar la dicotomía hombre-mujer, masculino-femenino que se nos presenta en las políticas y en las intervenciones sanitarias. La rigidez de la percepción polarizada respecto a las dicotomías que forman parte de la Sanidad, además de polarizar, también jerarquiza aún más las relaciones de poder en el sistema sanitario. Es necesario, por ejemplo, tensionar la fuerte construcción de que las masculinidades no son cuestiones de género (porque se refiere a las mujeres) y que trabajar con los hombres desde la perspectiva de género significaría utilizar “referentes” femeninos en las intervenciones sanitarias.

En este sentido, alejar a los hombres de la atención sanitaria y seguir controlando a las mujeres (que son reconocidamente sujetos sanitarios) acaba siendo una de las funciones legitimadoras del género a nivel de la Sanidad. Los hombres son alejados en la medida en que dicha atención cumple el rol de fortalecer la identificación de las fragilidades y la aceptación de las intervenciones de control y sumisión, proceso al que los hombres han resistido. Por lo tanto, nos interesa incitar la revisión de estos términos de modo que sea posible incluir nuevas formas de legitimación de género que, por ejemplo, posibiliten atender a los hombres y a las mujeres en la sanidad bajo otros principios que no sean el control y la medicalización de los cuerpos.

Este otro modo de ver/actuar necesita incluir el *riesgo* como algo que efectivamente pueda ser buscado y que forme parte de la vida vivida; que mire hacia

la relación entre las personas y las drogas como algo que escapa a los intentos de control y homogenización de las intervenciones sanitarias tradicionales, tornando posible múltiples modos de intervenir en múltiples posiciones de sujeto y sus especificidades sanitarias; que encuentre, por lo tanto, en la perspectiva de la RD un modo de pensar e intervenir basado en la clínica ampliada y compartida que, entre otras cosas, supone una co-responsabilización por las condiciones de salud entre las personas atendidas y el sistema sanitario.

Dichos intentos contribuyen a la construcción de unas relaciones cotidianas más equitativas y menos verticalizadas en el sistema sanitario, ayudando a la redefinición del género en conjunción con una visión más amplia de igualdad de derechos y de la variedad de posiciones de sujeto.

5.5.2 Reafirmar la necesidad de un proyecto de *transformación social* que se expresa también a nivel de la Sanidad no significa aceptar sin críticas la incorporación de las perspectivas de género y de RD como sinónimo de emancipación: utilizando y tensionando la idea de *transformación*

Como hemos señalado anteriormente, los/las participantes del estudio han utilizado repertorios lingüísticos muy semejantes para referirse a la necesidad de incorporar la perspectiva de género y la de RD en las políticas públicas y en la actividad cotidiana de las prácticas sanitarias, posicionando a las dos hacia un *proyecto de transformación*, de modo muy semejante.

Los principales repertorios utilizados para referirse a dicha transformación están relacionados con: 1) la necesidad de deconstruir y erigir otra lógica de atención sanitaria, a nivel macro-político; 2) la necesidad de construir una mirada/sensibilidad diferenciada para una actuación profesional adecuada desde la perspectiva (de género o de RD), permitiendo autocríticas; 3) la necesidad de trabajar la historia personal de quien es atendido, su singularidad, las diferentes formas de estar en el mundo, a nivel personal/individual.

Además de los 3 niveles de ideario de transformación que las perspectivas de género y de RD pueden generar de modo semejante (el macro-político, el micro-institucional, el micro-individual en las personas atendidas o profesionales), hay otros aspectos apuntados que aproximan género y RD: 1) son *teorías* de menor valor porque están orientadas por aportaciones de personas menos valoradas socialmente

(mujeres y personas que consumen drogas); 2) presentan críticas y proponen tensiones en el conocimiento producido y en el estatuto de verdad considerado hegemónico, sea respecto al género, sea en relación con las drogas; 3) señalan la necesidad de construir algo diferente para dar lugar a otros modos de comprender y/o intervenir en la atención sanitaria.

En los tres tiempos comprendidos en la noción de repertorios lingüísticos (el largo, el vivido y el breve) hemos encontrado producciones discursivas que aluden al feminismo como un elemento importante en la construcción del sentido de *transformación* apuntado, especialmente en lo que se refiere al género. Sin embargo, como también hemos discutido en los apartados analíticos, pocas veces el *movimiento feminista* ha sido referido explícitamente como un elemento importante en la difusión de la perspectiva de género en la sanidad.

Butler (2006) señala que aunque el “género” no sea el término preferido por muchas feministas, el feminismo se ocupa de la transformación social de las relaciones de género y respecto a esto todas están de acuerdo. No obstante, la autora apunta que el tema, a pesar de ser obvio, acaba siendo complicado porque, entre otras cosas, la teoría no sería suficiente para la transformación social y política. Todavía son necesarias, según ella, “intervenciones a niveles políticos y sociales, que impliquen ciertas acciones, un trabajo continuado y una práctica institucional que no es exactamente lo mismo que el ejercicio de la teoría” (p. 289).

En este sentido, tenemos asentado que estamos analizando y proponiendo cuestiones tan solo para uno de los sectores en los que es necesario actuar, es decir, a nivel de la Sanidad. Sin embargo, destacamos la importancia de actuar a niveles políticos y sociales más amplios, de modo intersectorial e interdisciplinar.

Además, queremos destacar que aunque la introducción de una perspectiva de género o de RD a nivel de las políticas y prácticas sanitarias parezca ser emancipadora, hay que generar cuestionamientos también sobre la relación unívoca de estas perspectivas con la emancipación.

Por ejemplo, trabajar con los hombres desde la perspectiva de género en la Sanidad, como hemos discutido, implicaría reafirmar una lucha política en la que a los hombres se los sitúa como protagonistas en la búsqueda de derechos sanitarios, posicionándolos como vulnerables y, por lo tanto, cuestionando su posición superior en la jerarquía de género. Es decir, el hecho de comprender que los hombres deben

ser concebidos como sujetos de la política sanitaria es algo complejo porque no supone individualmente un proceso de emancipación, sino un reconocimiento de fragilidades.

Las producciones discursivas relacionadas con la construcción del sentido de *transformación* en el caso de la RD tienen sus orígenes en las luchas de la reforma sanitaria y antimanicomial, en los ideales antiprohibicionistas y críticos en relación con las lógicas de consumo en las sociedades modernas y post-modernas (o la *modernidad tardía*). Sin embargo, consideramos que el foco en la construcción de autonomía y protagonismo de sujetos también resulta problemático, ya que ésta se difunde en el contexto de la atención sanitaria basada en la RD y en la Política de Humanización del SUS, como hemos tratado anteriormente.

Volviendo a examinar nuestro ejemplo, podemos decir que la expectativa de que los hombres deberían ser más activos en el proceso de explicitación de sus demandas sanitarias y en la búsqueda de derechos, que salgan del lugar de pasividad y asuman una postura activa, también debe entenderse de modo complejo ya que el protagonismo en este campo implicaría que los hombres asuman sus fragilidades y vulnerabilidades, generando vínculos inseparables entre consciencia política, protagonismo y medicalización (Carrara, *et. al.*, 2009).

Por supuesto, hay que considerar que una parte de la población que utiliza los servicios públicos de atención a las personas que toman drogas pasa por muchos procesos de exclusión por otras razones, como el hecho de que toman drogas, por vivir en comunidades pobres o en la calle, o por estar alejadas de los derechos sociales básicos. Dichas personas muchas veces no son siquiera consideradas *personas*, sino *enfermos*, *marginales* o *indigentes*, lo que acaba reforzando un discurso victimista sobre la población atendida.

Dicho discurso victimista refuerza en los hombres una posición humillante y de fracaso, ya que no hay logros tan efectivos en la resolución del problema de la exclusión social desde la intervención únicamente de la Sanidad, aunque esté pensada en una red más amplia de políticas sociales. Así, el discurso del protagonismo y de la construcción de autonomía en dichos casos cumple tan solo el rol de poner a los hombres en una posición de impotencia y fragilidad, reafirmando. No parece tener la función de producir reflexión política y cuestionamiento de las bases de los procesos de opresión, sea de género, clase, orientación sexual o cualquier otro.

Finalmente, lo que queremos sugerir es que se mantenga el esfuerzo político de reafirmación de la necesidad de transformación social también a nivel de las relaciones de poder en la Sanidad, como un modo de buscar una igualdad política y social más amplia. Sin embargo, hay que estar atento/a para que dicho proyecto de transformación no acabe por reafirmar construcciones de género que legitiman aspectos que generan desigualdades, como por ejemplo, en la propagación de prácticas que responsabilicen únicamente a los sujetos por sus condiciones de salud, sobrevaloren la participación colectiva de modo que ésta se imponga como elemento indispensable, o reafirmen la postura activa como un atributo indispensable en los hombres.

Atender a los hombres en la sanidad no puede ser sinónimo de solamente reconocer vulnerabilidades, medicalizarlos y ponerlos bajo otros tipos de control. Como hemos visto en los apartados analíticos, la imposición de límites y prohibiciones hacia los hombres para el mantenimiento “del orden” en los servicios sanitarios, rápidamente pasa a evidenciar la necesidad de predicción, de normalización y de control hacia las personas como una de las funciones de la intervención sanitaria. Además, se las ve dichas intervenciones como aún más complejas por estar acompañadas de un elemento más: la dificultad de controlar la vida de personas que no se controlan.

Por otra parte, estar bajo el control de las drogas, percibidas como más fuertes que los hombres, aparece como una importante construcción discursiva que incluso justificaría otras formas de control para alejarlos de dicha relación de sumisión (en este caso, en relación con las drogas), que cumple una importante función legitimadora de género. La medicalización de los cuerpos masculinos, en este sentido, es un ejemplo de control legitimado y buscado para resolver dicho problema. Subyugar a los hombres a las intervenciones sanitarias de control aparece como una justificación para “librarlos” de la sumisión a las drogas que consumen (no medicamentos, ¡por supuesto!).

Ni hombres controlados, ni hombres controladores. Es necesario atender a las necesidades sanitarias diversas de los hombres de modo específico, pero múltiple.

Ni víctimas de sus propias masculinidades, ni fijados en el polo privilegiado de las relaciones de poder. En el tránsito de los hombres-usuarios por los servicios sanitarios, en el contexto que hemos analizado, se les sitúa en múltiples posiciones de sujeto, marcadas por la amenaza de desorden y por la violencia; por la resistencia al

control y a la medicalización de la Sanidad; por la humillación ante el/la interviniente; por la adopción del *riesgo aventura* como parte de sus modos de ser y relacionarse con las drogas.

Dicho de otro modo, es necesario ir más allá de la polaridad de posiciones de poder y admitir el tránsito, la porosidad, la flexibilidad y los modos de performar el género, que dependen del contexto y de los procesos dialógicos.

Tomamos el ejemplo que hemos analizado, del “no lugar” de los hombres-reductores de daños, que ayuda a ir construyendo otros lugares, híbridos, que escapan a la dureza de las posiciones de sujeto que se atribuye a los hombres-usuarios y a los hombres-profesionales.

Finalmente, lo que defendemos es que hay muchos modos distintos de intervenir en los contextos que hemos destacado, pero debemos escuchar a Scott (1990) cuando apunta que es necesario preguntarnos constantemente qué es lo que está en juego en las proclamas o debates que invocan el género para explicar o justificar sus posturas, pero también cómo se invoca y reinscribe la comprensión implícita del género.

Nos hemos hecho estas preguntas en algunos momentos respecto a lo que analizamos, pero también a nosotras mismas. Hemos revisado permanentemente nuestras motivaciones para seguir trabajando en la construcción del finito texto de la tesis y de la acción permanente de reflexionar/actuar políticamente en el escenario de las políticas públicas relacionadas con las drogas.

Y en esta búsqueda constante, nos hemos encontrado muy a gusto con lo que señala Butler (2006) haciendo una crítica al modo en el que Estados Unidos trata el tema de las relaciones entre vulnerabilidad y violencia. Ella habla de posibilidades que nos ayudan a pensar los caminos posibles para lograr los cambios que señalamos a lo largo de nuestro trabajo:

Hay la posibilidad de presentarse como impermeable, de repudiar la vulnerabilidad misma. Hay la posibilidad de tornarse violento. Pero quizá haya alguna manera de vivir de forma que no se tema a la muerte, ni a estar socialmente muerto por miedo a ser asesinado, ni a tornarse violento y matar a otros, o someterlos a una vida de muerte social basada en el miedo a una muerte literal. Quizá esta otra forma de vivir requiere un mundo en el cual se encuentren los medios colectivos para proteger la vulnerabilidad del cuerpo precisamente sin erradicarla. Sin duda, habrá algunas normas que serán útiles para construir dicho mundo, pero serán normas que nadie poseerá, normas que no funcionarán a través de la normalización o la asimilación

racial o étnica, sino a base de convertirse en los medios colectivos para la continuación de la labor política (Butler, 2006; 327).

Así, leyendo a Butler en su estupendo análisis de los retos y posibilidades para lograr transformación en el mundo, podemos finalizar nuestra labor de producción del presente texto académico y encontrar ganas de seguir en el camino político generador de cambios en los modos legitimados de vivir que producen sufrimiento, desigualdad y violencia.

Cambiantes

¡Ya⁴²!

Ya no quiero vaciar de sentido lo que me acerca de mi objetivo

*Ya lo se que es posible producir un texto lleno, con color y sentimiento,
aún que no lo se si lograré hacerlo*

*Ya lo sé, esto no es el fin, no el principio
Es tan solo el caminar, cada trozo de camino, cada nuevo paisaje*

*Ya no quiero regresar del viaje, puedo estar aquí y allá
Puedo ir donde mi cabeza y mi corazón quieren*

*¡Ya! ¡Ahora! ¡Puedo! Es posible.
Voy a tener un material “listo”, un conjunto de páginas y palabras para cumplir lo que es
necesario
Pero ya lo se que soy esto y otras cosas, que estoy acá y en otras partes*

*Ya lo se que soy la tesis y soy la sonrisa de mi hijo
Ya lo se que soy Barcelona y soy Recife. ¡Ya lo siento, ya lo siento!*

*Ya puedo terminar el empezado, desde otro-actual futuro-pasado
Ya estoy lista, estoy en el viaje, que me acerca y me aleja de lo que pienso que soy*

*Ya lo sé. Ya estoy. Ya soy. Camino.
... sigo caminando.*

⁴² En mi castellano bruto, sin revisiones de la experta en la lengua, revisora de todo el resto del texto.

REFERENCIAS

- Acioli, Moabi Duarte (2002). O processo de alcoolização entre os Pankararu: um estudo em Etnoepidemiologia. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Acselrad, Gilberta (2000). A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. En: Acselrad, Gilberta (Org.). *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 161-188.
- Anzaldúa, Gloria (1987). *Borderlands :The new mestiza = la frontera*. San Francisco: Aunt Lute.
- Anzaldúa, Gloria (2000). "Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do Terceiro Mundo". Trad. Édina de Marco. *Revista Estudos Feministas*, v. 8, n. 1, p. 229-236.
- Aquino, Estela (2006). Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, n. 40 (número especial), p. 121-132.
- Arana, Xabier et al. (Org.) (2003) *Globalización y drogas: Políticas sobre derechos humanos y reducción de riesgos*. Madrid: Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati – Dykinson.
- Araújo Junior, José Luiz (2000). *Health sector reform in Brazil, 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system*. Thesis (PhD in Health Services Studies) - The University of Leeds, Leeds.
- Arias, Sara Velasco (2006). *Evolución de los enfoques de género en salud Intersección de teorías de la salud y teoría feminista*. Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer del M^º de Sanidad y Consumo y Instituto de la Mujer del M^º de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 1^ª Edición.
- Arilha, Margareth (2005). *O masculino em Conferências e programas das Nações Unidas: para uma crítica do discurso de gênero*. Tese de Doutorado não publicada. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Ayres, José Ricardo (1997). *Sobre o risco — para compreender a Epidemiologia*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Ayres, José Ricardo (2001). *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. [S.l.]: [S.n.]. p. 63 – 72. (*Ciência & Saúde Coletiva*, 6).
- Ayres, José Ricardo (2009). *Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas*. *Saúde e Sociedade (USP. Impresso)*, v. 18, p. 11-23.
- Bakhtin, Mikhail (1994). *Towards a methodology for Human Sciences*. En: Emerson, Caryl; Holquist, Michael. (eds.), *Speech Genres and other late essays* (p. 60-102). Austin, Texas: University of Texas Press.
- Bakhtin, Mikhail (1994b). *The problem of speech genres*. En: Emerson, Caryl; Holquist, Michael. (eds.), *Speech Genres and other late essays* (p. 60-102). Austin, Texas: University of Texas Press.

- Barker, Gary (2008). *Homens na linha de fogo: juventude, masculinidade e exclusão social*. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2008. 256 p.
- Basaglia, Franco (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Bastos, Francisco Inácio (2003). Redução de danos e saúde coletiva: reflexões e propósito das experiências internacionais e brasileira. In Sampaio, Christiane & Campos, Marcelo (Eds.), *Drogas, dignidade e inclusão social: A lei e a prática de redução de danos*. (pp. 15-41). Rio de Janeiro: Aborda.
- Beck, Ulrich (1993). *Risk Society - towards a new modernity*. London: Sage (Published in Germany in 1986).
- Bell hooks, Avtar Brah, Chela Sandoval, Gloria Anzaldúa, Aurora Levins Morales, Kum-Kum Bhavnani, Margaret Coulson, M. Jacqui Alexander, Chandra Talpade Mohanty (2004). *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Benevides, Regina, & Passos, Eduardo (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389-394.
- Bernardes, Jefferson (2004). *O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil: permanências, rupturas e cooptações nas políticas educacionais*. Tese de Doutorado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Blázquez Rodríguez, Maria Isabe (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la comunidad de Madrid*. Tesis doctoral, Departamento d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili.
- Brah, Avtar (1992). Diferencia, diversidad, Diferenciación. En: bell hooks, Avtar Brah, Chela Sandoval, Gloria Anzaldúa, Aurora Levins Morales, Kum-Kum Bhavnani, Margaret Coulson, M. Jacqui Alexander, Chandra Talpade Mohanty. *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*. Madrid: Traficantes de Sueños, 107 - 136.
- Broecker, Carla Zart, & Jou, Graciela Inchausti de (2007). Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química. *Psico-USF*, 12(2), 269-279.
- Briones, Claudia (2012). Teorías performativas de la identidad y performatividad de las teorías. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 6, jun. 2007. Disponible en <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892007000100004&lng=es&nrm=iso>. accedido en 26 abr. 2012
- Bucher, Richard (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Butler, Judith (1990) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad* México: Paidós, 2001.
- Butler, Judith (1997). *Excitable Speech. A Politics of the Performative*. New York: Routledge [De próxima aparición en castellano: Políticas del performativo. Madrid: Síntesis].

- Butler, Judith (2006). *Deshacer el género*. Barcelona etc.: Paidós.
- Butler, Judith (2010). *Marcos de Guerra. Las vidas lloradas*. Espasa Libros, Barcelona, 261 p.
- Cabruja, Teresa (2008). ¿Quién teme a la Psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de Psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana. *Proposições*, 9(2), 25-46.
- Carrara, Sérgio; Russo, Jane A.; Faro, Livi (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678.
- Castel, Robert (1991). From dangerousness to risk. En: G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Ed.) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago Press. 281-298.
- Chupel, Cláudia (2008). *Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis*, Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Serviço Social – Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Connell, Robert. (1995). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Connell, Robert; Hearn, Jeff y Kimmel, Michael. Introduction. En: Kimmel, Michael, Hearn, Jeff y Connell, Robert (eds.) (2005). *Handbook of Studies on Men and Masculinities*. California: Sage Publications, p. 1-12.
- Correa, Nydza; Figueroa-Sarriera Heidi; López, María Milagros y Madeline, Román (1994). Las mujeres son, son, son...implosión y recomposición de la categoría mujer. En Alice Colón (Compiladora) (1994). *Género y Mujeres Puertorriqueñas*. Río Piedras: Centro de Investigaciones Sociales, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
- Costa, Claudia Lima (1994). O leito de procusto: gênero, linguagem e as teorias feministas. En: *Cadernos Pagu*, Campinas, Brasil, No. 2, pp. 141-174.
- Costa, Suely Gomes (2002). Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2002, vol.10, n.2, pp. 301-323.
- Costa-Rosa, Abílio et. al. (2003) *Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva*. En: Amarante, Paulo. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora. p. 13-44.
- Cotrim, Beatriz (1999). A prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas. En: Sudbrack, Maria Fátima Olivier (Org.) *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. v. 1. Brasília: CEAD/Unb; SENAD. p. 58-67.
- Da Matta, Roberto (1990). *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. 50.ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Darriba, Vinicius (2005). A falta conceituada por Lacan: da coisa ao objeto. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 8(1), 63-76.

- De Keijzer, Benno (1995). Masculinity as a risk factor. [Comun. apres. ao Seminar on Fertility and the Male life Cycle in the Era of Fertility Decline, IUSSP; Zacatecas (Mx)].
- De Lauretis, Tereza (2000), "La tecnología del Género". En De Lauretis, Teresa. Diferencias. Etapas de un Camino a través del feminismo. Translated by Eva Echaniz Sans. Madrid: Horas y Horas. Cuadernos inacabados, no. 35.
- Delgado, Pedro; Macedo, Paulo; Cordeiro, Francisco y Moreira, Sueli (2004). Álcool e redução de danos: construção de uma política intersetorial efetiva. En: Buning, Ernest; Gorgulho, Monica; Melcop, Ana Glória y O' Hare, Pat (org.). Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde. 127-140.
- De Paula Souza, Tadeu (2007). Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense.
- Edwards, Derek (1991). Categories are for talking. *Theory & Psychology*. Sage 1(4): 515-542.
- Esteban, Mari Luz (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2(1): 9-20, Enero - Abril, 2006.
- Fernández Rodríguez, María & Saavedra, Ana Gabriela (2009). Género, políticas públicas e intervención social. Análisis de las políticas sobre drogas y sobre la educación para el desarrollo. Oviedo: KRK Ediciones, 212 p.
- Ferreira, Virgínia (2000). A globalização das Políticas de Igualdade entre os sexos: do reformismo social ao reformismo estatal. En: Políticas de Igualdade. Tavares, Tereza y Ferreira, Virgínia (orgs.). *Revista da Associação Portuguesa de Estudo sobre as Mulheres: EX AEQUO*, Nº 2/3. APEM. CELTA. Oeiras, Portugal.
- Figueroa, Juan Guillermo (2000). Derechos reproductivos y feminismo en la experiencia de los varones. *Revista Estudios Feministas*, 8 (1), 131-43.
- Figueroa, Juan Guillermo (2002). Identidad masculina y sanidad sexual y reproductiva en el contexto de las Fuerzas Armadas de América Latina. México: UNFPA.
- Figueroa-Perea, Juan Guillermo (2004). La representación social de los varones en estudios sobre masculinidades y reproducción: un muestrario de reflexiones. En: Medrado, Benedito; Franch, Monica; Lyra, Jorge; Brito, Maira (Org.). *Homens: tempos, práticas e vozes*. Recife: Instituto PAPAI; Fages: NEPO: UNICAMP: Pegapacará, 22-34.
- Fonseca, Elise & Bastos, Francisco Inácio (2005). Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: Acselrad G. 2ª edição. *Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- Foucault, Michael (1975). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.

- Foucault, Michael (1978a). La gubernamentalidad. Tareas. Revista Del Centro De Estudios Latinoamericanos, 2000, 106(6), 5-25.
- Foucault, Michael (1978b). História da Loucura. São Paulo: Perspectivas.
- Foucault, Michael (1979). Nacimiento de la biopolítica. Archipiélago, (30) 119-124. [Traducción del francés de Fernando Álvarez-Uría. Annuaire du Colege de France, Paris. 367-372.
- Foucault, Michael (1988). História da Sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Franch, Monica (2004). Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil. En: Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde. 49-71.
- Friedman, Susan (1998). Mappings: Feminism and the Cultural Geographies of Encounter. Princeton: Princeton University Press.
- Gergen, Kenneth (1989). La psicología posmoderna y la retórica de la realidad. En: Ibáñez, T. (Coor.). El conocimiento de la realidad social. Barcelona: Sendai. 157-186.
- Gergen, Kenneth & Davies, K. (1985). The social construction of the person. New York: Springer-Verlag.
- Gomes, Romeu; Nascimento, Eliane; Araújo, Fábio (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23, n.3.
- Grunpeter, Paula; Ribeiro da Costa, Tereza; Mustafá, Maria (2007). O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, abril de 2007, UFSC, Florianópolis, Brasil.
- Grup Igia (2000). Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinarietà. Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.
- Guedes, Olegna de Souza (1998). A presença do bandido em seu local de moradia: medo e idealização de um anti-herói Serviço Social em Revista. Departamento de Serviço Social, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual de Londrina – Vol. 1, n. 1 (Jul./Dez. 1998), 189-200.
- Gutmann, Matthew C. (2003). Changing men and masculinities in Latin America, Duke University Press, Durham, N.C., Estados Unidos.
- Haraway, Donna (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. Cadernos Pagu (5): pp. 07-41.

- Haraway, Donna (2004). *Testigo Modesto@Segundo Milenio. HombreHembra_Conoce_Oncoratón: Feminismo y tecnociencia*. Barcelona: Uoc.
- Haraway, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra. 431 p.
- Harding, Sandra (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Ibáñez, Jesús (1992). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica*. Madrid, Siglo XXI. 428 p.
- Ibáñez, Tomas. (1994). *Psicología Social Construccionalista*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Íñiguez, Lupicinio (2005). *Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la Psicología Social de la era "post-construccionalista"*. En: *Athenea Digital*, 8. Disponible en: <http://ddd.uab.es/pub/athdig/15788946n8a15.pdf>. Accesado en 07/03/2012.
- Íñiguez, Lupicinio (2006). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Nueva edición revisada y ampliada. Editora UOC. Barcelona.
- Izquierdo, María Jesús (1994) *Uso y abuso del concepto género*. En: *Pensar las diferencias*. Mercedes Vilanova (Comp.) Barcelona: Seminario Interdisciplinario Mujer y Sociedad.
- Karam, Maria Lúcia (2003). *Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo*. In: Sampaio, C., Campos, M. (Org.). *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: ABORDA. 45-97.
- Koda, Mirna Yamazato (2003) *A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial*. In: Amarante, Paulo (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora. p. 67-88.
- Laurenti, Ruy; Mello Jorge, Maria Helena Prado; Gotlieb, Sabina Léa Davidson (2005). *Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1.
- Lerner, Susana (1998). *Varones, sexualidad y reproducción*. El Colegio de México, México.
- Lyra, Jorge (2008). *Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas*. Tese de Doutorado não publicada. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Saúde Pública, Recife, Brasil.
- López, José & Moya, Juan (2003). *Mirada caleidoscópica al construccionismo social*. *Política y Sociedad*, 40 (1) 5-14.
- López, José Enrique (2006). *Límites y posibilidades de prácticas políticas feministas de la localización*. En: *Laboratorio Feminista. Transformaciones del trabajo desde una perspectiva feminista: producción, reproducción, deseo, consumo*. Tierradenadie ediciones, S.L, Madrid.

- Lupton, Deborah (1999). Risk. London: Routledge.
- Jesus, Carolina (1960). Quarto de despejo: diário de uma favelada. São Paulo: Livraria Francisco Alves (Editora Paulo de Azevedo Ltda).
- Machado, Marília (2006). Os escritos de Carolina Maria de Jesus: determinações e imaginário. *Psicologia & Sociedade*; 18 (2): 105-110; mai./ago.
- Martins, Samir (2003). Norma, desvio e uso de drogas: o contexto da busca da cidadania pela redução de danos. En: Sampaio, Christiane & Campos, Marcelo (Org.). Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: ABORDA. p.101-114.
- Matos, Marlise (2008). Teorias de gênero ou teorias e gênero? Se e como os estudos de gênero e feministas se transformaram em um campo novo para as ciências. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 16, n. 2, ago.
- Mattos, Ruben (2001). Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. En: http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf. Acesado en: 10 de mayo de 2012.
- Mattos Filho, Caio (2009). Entre o adolescente e a droga, o pai: tanto nos amores como nos chinelos. En: Nery Filho, Antonio et.al. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas, p 161 -187. Salvador: EDUFBA: CETAD.
- Maior, Marcos Chor, & Lima, Nísia Trindade (2009). Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1611-1613.
- Mayobre, Purificación (2006). La formación de la Identidad de Género. Una mirada desde la filosofía. En: Esteve Zarazaga, J.M. y Vera Vila, Julio. *Educación Social e Igualdad de Género*. Ayuntamiento de Málaga. Málaga, 21-59.
- McDonald, Maryon (1994). Gender, drink and drugs. Library of Congress Cataloging. United Kingdom
- Medeiros, Rafael & Cecchin, Ricardo (2011). Marchas da Maconha: para além da neblina sensacionalista. En: Moraes, Maristela; Castro, Ricardo & Petuco, Denis (Orgs.). Gênero e usos de drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde (pp. 73-80). Recife: Instituto PAPAI.
- Medrado, Benedito (2002). Tempo ao tempo: a gestão da vida em idade. Tese de Doutorado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Departamento de Psicologia Social, São Paulo, Brasil.
- Medrado, Benedito; Lyra, Jorge; Azevedo, Mariana; Granja, Edna & Vieira, Sirley (2009). Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde. Recife: Instituto PAPAI.
- Medrado, Benedito & Lyra, Jorge (2008). Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Rev. Estud. Fem.* [online].

- Medrado, Benedito; Lyra, Jorge; Azevedo, Mariana; Noca, Jessica (2010). Reflexões irônicas sobre gestão pública dos homens na saúde: entre a disciplina e a positividade do risco. In Medrado, Benedito; Lyra, Jorge; Azevedo, Mariana; Brasiliano, Jullyanne (Orgs.) Homens e Masculinidades: Práticas de intimidade e políticas públicas. Recife: Instituto PAPAI.
- Méllo, Ricardo; Silva, Aline; Lima, Maria Lúcia & Di Paolo, Angela (2007). Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em Psicologia Social. *Psicologia & Sociedade*. 19 (3) 26-32.
- Melman, Charles (1999). Adolescência e drogas. En: Congresso internacional de psicanálise e suas conexões, 1999. Anais... Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999. p. 11-23.
- Menegon, Vera (2003). Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida. Tese de Doutorado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Minayo, Cecília (2003). Sobre a toxicomania da sociedade. En Baptista, M. et al. (Org.). Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro. Editora UERJ. pp. 13-32.
- Ministério da Saúde (2002a). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Gabinete do Ministro da Saúde, Brasília, DF, 20 fev.
- Ministério da Saúde (2002b). Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Gabinete do Ministro da Saúde, Brasília, DF, 21 mar.
- Ministério da Saúde (2003). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série E, Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004a). Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004b). Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004c). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- Ministério da Saúde (2009a). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2009b). Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde (2009c). Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2010). Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJNFIOCRUZ: Brasília, setembro 2010, 48 p.
- Ministério da Saúde (2011). Saúde Mental em Dados 9. Ano VI, nº 9, julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2012). Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponible en: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>. Acesado en 10 de maio de 2012.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2004). Política Nacional de Assistência Social. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social. Nov. 2004.
- Montenegro, Marisela (2001). Conocimientos, Agentes y Articulaciones: Una Mirada Situada a la Intervención Social. Tesis Doctoral. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Moraes, Maristela (2005). O Modelo de Atenção à Saúde para Tratamento de Problemas Decorrentes do Uso de Drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Dissertação de Mestrado não publicada. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Recife, Brasil.
- Moraes, Maristela; Castro, Ricardo; Santiago, Camila; Moura, Hemerson (2007). Gênero e redução de danos: unificando bandeiras de luta dos movimentos sociais. En: I Seminário Nacional de Gênero e Prática Culturais, João Pessoa, Brasil. Disponible en: <http://www.itaporanga.net/genero/1/GT04/04.pdf>. Acesado en: 11 de mayo de 2012.
- Moraes, Maristela (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 13 (1) 121-133.
- Moraes, Maristela (2010). Algumas implicações da ética punitiva e da ética fragmentária para as lutas contra-hegemônicas no campo das políticas sobre drogas: na trilha das provocações atrevidas de Roberto Éfrem Filho. In: Medrado, Benedito; Lyra, Jorge; Azevedo, Mariana & Brasilino, Jullyane (org.). Homens e Masculinidades. Práticas de intimidade e políticas públicas. Recife: Instituto PAPAÍ, 167-173.
- Moraes, Maristela; Medrado, Benedito; Lyra, Jorge & Granja, Edna (2011a). Homens, violência contra mulheres e atenção em saúde mental: algumas reflexões sobre interfaces complexas. En: Moraes, Maristela; Castro, Ricardo & Petuco, Denis (Orgs.). Gênero e usos de drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde (pp. 73-80). Recife: Instituto PAPAÍ.
- Moraes, Maristela; Rameh, Rossana & Campos, Alda (2011b). Ciudadanos en movimiento y ciudadanías escindidas: democracia, ciudadanía y movimientos

sociales. V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, abril de 2011, São Paulo, Brasil.

- Moraes, Maristela & Barreto, Alexandre (2012). Práticas clínicas e saúde mental pública: contribuições políticas e epistemológicas para um campo em formação. En: Barreto, Alexandre & Santos, Josenaide (Org.) Saúde e Drogas: por uma Integralidade do cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. Recife: EdUFPE.
- Nardi, Henrique & Rigoni, Rafaela (2005). Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicol Est* 2005 maio/ago; 10 (2) 273-82.
- Nascimento, Pedro (1999). 'Ser homem ou nada': Diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico da masculinidade em Camaragibe/PE. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Antropologia Cultural, Recife, Brasil.
- Navarro-Swain, Tânia (2006). Entre a vida e a morte, o sexo. *Labrys – Études féministes / Estudos feministas*, Brasília, Montréal, Paris, v.10, jul.-dez.
- Navarro-Swain, Tânia (2007). "Cuerpos Construidos, Superficies de Significación, Proceso de Subjetivación". En: Femenias, Maria Luisa (Org). (2007). *Perfiles del Feminismo Iberoamericano/3*, Catálogos de Buenos Aires: Argentina. Disponible en: http://www.tanianavarrowswain.com.br/chapitres/bresil/cuerpos_construidos.htm. Acesado en 30 de noviembre de 2011.
- Noca, Jéssica (2011). Produções discursivas sobre saúde e masculinidades em um serviço público de atenção à saúde dos homens. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Psicologia, Recife, Brasil.
- OPS - Organización Panamericana de la Salud (1999) *Equidad de género y políticas de reforma del sector salud. Guía para la preparación de informes*. Washington: OPS.
- Orellana, Rodrigo (2004). *Ética para un rostro de arena: Michel Foucault y el cuidado de la libertad*. Tese de doctorado. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Filosofía, Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política. Madrid.
- Paim, Jairnilson & Silva, Lígia Maria (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde*, vol.12, n.2, pp. 109-114.
- Parker, Richard (2002). *Cambio de sexualidades: masculinidad y homosexualidad masculina en Brasil*. *Alteridades (Antropología de las masculinidades)*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, Año 12, Núm 23, pp. 49-62.
- Passos, Eduardo Henrique, & Souza, Tadeu de Paula (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.
- Pedrosa, Cláudio (2006). Título: Cuidar? Sim; olhar de gênero? Não. Os sentidos do cuidado no CAPS em documentos técnicos do Ministério da Saúde. Pontifícia

Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil. Dissertação de Mestrado em Psicologia.

Petuco, Denis (2007). No miolo do bagulho. Os desdobramentos da acumulação flexível no trabalho em saúde: o caso dos redutores de danos. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Monografia Bacharel Ciências Sociais. Porto Alegre, Brasil.

Petuco, Denis & Medeiros, Rafael Gil (2009). Redução de danos: dispositivo da reforma? Disponível em http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31. Acesado em: 18 de fevereiro de 2012.

Petuco, Denis (2011a) O cuidado de pessoas que usam drogas: contribuições de uma Redução de Danos fecundada pela Educação Popular. V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas: Subjetividade, Cidadania e Políticas Públicas. V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas: Subjetividade, Cidadania e Políticas Públicas. 1ed .Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2011, v. , p. 175-186.

Petuco, Denis (2011b). “Álcool e outras drogas na IV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersectorial: reminiscências de uma observação muito participante. En: Moraes, Maristela; Castro, Ricardo & Petuco, Denis (Orgs.). Gênero e usos de drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde (pp. 29-39). Recife: Instituto PAPAI.

Petuco, Dênis. Entre macro e micropolíticas: O movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas. In: Clara Goldman; Ana Luiza de Souza Castro; Aparecida Rosângela Silveira; Murilo Batisti; Mônica Gorgulho; Maria da Graça Gonçalves; Jureuda Guerra. (Org.). Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010, v. 01, p. 75-88.

Presidência da Republica do Brasil (2010). Presidência da Republica. Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010. Brasília: Casa Civil da Presidência da República.

Pujal i Llobart, Margot (2005). El feminisme. Barcelona: Editorial UOC.

Queiroz, Isabela Saraiva (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. Psicologia: Ciência e Profissão, 21(4), 2-15.

Quirino, Túlio Romério (2012). A gestão de cuidados do cotidiano de um serviço de atenção à saúde do homem. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Psicologia, Recife, Brasil.

Ribeiro, Manoel Carlos; Barata, Rita Barradas; Almeida, Márcia Furquim & Silva, Zilda Pereira (2006). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. Ciênc. Saúde Coletiva, vol.11, n.4, 1011-1022.

Rigoni, Rafaela (2006). Assumindo o controle: organizações, práticas e a experiência de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto

Alegre. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre.

- Rodrigues, Carla (2005). Butler e a desconstrução do gênero. *Rev. Estud. Fem.* [online]. vol.13, n.1, pp. 179-183.
- Román, Madeline (1994) Feminismo y postmodernidad en Puerto Rico. En: *Revista de Ciencias Sociales*. Vol XXX Núms. 1-2, enero-junio 1993.
- Romaní, Oriol (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Sanidad Colectiva*, Buenos Aires, 4(3) 301-318, Septiembre – Diciembre.
- Romo Avilés, Núria (2006). Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres. Monografía Humanitas. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médica, volumen 5.
- Rorty, Richard (1967). *El giro lingüístico*. Barcelona: Paidós / ICE-UAB.
- Rose, Nicolas (1989). *Governing the soul. The shaping of the private self*. London, Routledge.
- Santana, Lenise & Cordeiro, Rosineide (2007). Psicología Social, construccionismo y abordajes feministas: diálogos desconcertantes. *Ferment Um Mérida – Venezuela*, Nº 50 - septiembre – diciembre, 599-616.
- Santos, Maria Cecília (1995). Quem pode falar, onde e como? Uma conversa "não inocente" com Donna Haraway. *Cadernos Pagu* (5): pp. 43-72.
- Santos, Vilmar Ezequiel (2008). Objeto/sujeito da redução de danos: uma análise da literatura da perspectiva da redução de danos. Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem, Dissertação de Mestrado. São Paulo.
- Schneider, José. (2002). Reflexive/diffractive ethnography. *Cultural Studies*, 2(4), 460-482.
- Scott, Joan (1990). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. 16 (2). 5-22.
- Sepúlveda, Maurício; Báez, Francisco; Montenegro, Marisela (2008). “No en la puerta de mi casa”. Implementación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias. Grupo IGIA, Barcelona.
- Soares, Luiz Eduardo (2003). Novas políticas de segurança pública. *Estudos Avançados*, 17(47), 75-96.
- Spink, Mary Jane (Org). (1999) *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Spink, Mary Jane & Frezza, Rose Mary (1999). Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da Psicologia Social. Em: Spink, Mary Jane (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas*. São Paulo: Cortez, (1) 17-40.
- Spink, Mary Jane & Menegon, Vera (2006). *Práticas Discursivas como estratégia de*

gubernamentalidad: el lenguaje de los riesgos en documentos de dominio público. En Íñiguez, Lupicinio. Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. Nueva edición revisada y ampliada. Editora UOC. Barcelona (pp. 197-230).

Spink, Mary Jane (2000a). Risco e Educação em Saúde: das perspectivas individuais à sensibilidade ao contexto cultural. En: Spink, Mary Jane (coord.) A construção social do risco no cenário da aids. Relatório — CNPq. Projeto Integrado.

Spink, Mary Jane (2000b). Contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. *Psicologia & Sociedade*. 12(1/2): 156-173.

Spink, Mary Jane (2001). Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(6):1277- 1311, nov-dez.

Spink, Mary Jane & Medrado, Benedito (1999). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. En: Spink, Mary Jane (org.) Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo: Cortez.

Spink, Mary Jane (2010). Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 481-496.

Spivak, Gayatri Chakravorty (1994). El desplazamiento y el discurso de la mujer, *Debate Feminista*, año 5, vol. 9, núm. 5, marzo, pp. 150-182.

Strang, John (2004). Uso de drogas y reducción de daños: respuestas a un desafío. En: Nick Heather, Alex Wodak, Ethan Nadelmann, Pat O'Hare (2004). La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo. Publicaciones Grup Igia. Barcelona, 2004.

Touzé, Graciela (2008). Visiones y actores del debate: III y IV Conferencia Nacional sobre Drogas. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, 324p.

Valdés, Teresa y José Olavarría (1998) Masculinidades y equidad de género en América Latina, Flacso Chile-UNFPA, Santiago de Chile.

Viveros, Mara (1998). Quebradores y cumplidores: biografías diversas de la masculinidad en Teresa Valdés y José Olavarría (eds.), *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, Flacso, pp.36-55.

Wagner, Gabriela y Andrade, Arthur (2008). Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2008, vol.35, suppl.1, pp. 48-54.

Waiselfisz, Julio Jacobo. (2011) Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil [Internet]. São Paulo: Instituto Sangari; 2011. 243 p. [acesado en 23 ago 2012]. Disponível en: http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2012/mapa2012_web.pdf

ANEXOS

Anexo 1 - Términos de Consentimiento Libre y Aclarado

UAB

Universitat Autònoma
de Barcelona

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA *Hombres, masculinidades y atención sanitaria en Brasil: una mirada de género sobre políticas públicas de Reducción de Daños.*

Prezado(a)

Está sendo desenvolvido, na Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) um estudo doutoral coordenado por Maristela de Melo Moraes, sob orientação de Marisela Montenegro e Oriol Romaní, relacionado às políticas de saúde.

Este estudo tem como objeto as construções sociais das masculinidades, a partir de um olhar de gênero, e suas implicações em políticas públicas relacionadas à Redução de Danos.

Serão entrevistados gestores e gestoras públicas de saúde em nível federal, estadual ou municipal, responsáveis pela formulação ou implementação dessas políticas e/ou ações.

Para tanto, pedimos sua permissão para participar de uma entrevista individual e sua autorização para gravação da entrevista em arquivos de áudio digital, que depois de utilizados para transcrição, serão eliminados.

O conteúdo das entrevistas será utilizado para produção da tese e de outras publicações relacionadas a ela. As publicações resultantes do estudo serão disponibilizadas para todos/as os/as participantes.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos/as que participarem da pesquisa.

Sua PARTICIPAÇÃO é VOLUNTÁRIA, o que significa que terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

O benefício de sua participação será o fornecimento de informações/opiniões para o debate sobre a implementação de políticas públicas de saúde eficientes e eficazes, no contexto do uso de álcool e outras drogas.

Em caso de qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com a coordenadora do projeto Maristela Moraes, Campus de la UAB, 08193, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), Barcelona, Espanha, Tel. (34) 9358 11111, Fax (34)93 581 25 95, ou pelos e-mails maristelammoraes@gmail.com e Marisela.montenegro@uab.es.

Eu _____, declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e concordo em participar da pesquisa.

(rubrica ou assinatura)



Universitat Autònoma
de Barcelona

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A
PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

***Hombres, masculinidades y atención sanitaria en Brasil: una mirada de
género sobre políticas públicas de Reducción de Daños.***

Prezado (a)

Está sendo desenvolvido, na Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) um estudo doutoral coordenado por Maristela de Melo Moraes, sob orientação de Marisela Montenegro e Oriol Romaní, relacionado às políticas públicas de saúde no Brasil.

O estudo tem como objeto as construções sociais das masculinidades, a partir de um olhar de gênero, e suas implicações em políticas públicas dirigidas às pessoas que usam drogas.

Foram entrevistados/as gestores e gestoras públicas de saúde em nível federal e nas 05 regiões do país, responsáveis pela formulação ou implementação dessas políticas e/ou ações, além de analisados vários documentos oficiais de políticas públicas.

Agora serão realizados os grupos focais, para uma maior aproximação ao cotidiano de execução de políticas públicas, nos locais onde realmente as ações acontecem.

Para tanto, pedimos sua participação nesse grupo focal e sua autorização para gravação da discussão em arquivos de áudio digital, que depois de utilizados para transcrição, serão eliminados.

O conteúdo dos grupos será utilizado para produção da tese e de outras publicações relacionadas a ela, assim como para o processo de avaliação do projeto Homens, Gênero e Redução de Danos, ao qual a tese está vinculada.

As publicações resultantes do estudo e do processo de avaliação serão disponibilizadas para todos/as os/as participantes.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos/as que participarem do grupo.

Sua PARTICIPAÇÃO é VOLUNTÁRIA, o que significa que terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

O benefício de sua participação será o fornecimento de informações/opiniões sobre ações e políticas públicas de saúde no contexto do uso de álcool e outras drogas, para que possamos contribuir para uma atenção integral aos homens na saúde.

Em caso de qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com a coordenadora do projeto e do Instituto PAPAI, Maristela Moraes: maristelammoraes@gmail.com

Eu _____, declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e concordo em participar do grupo focal.

(rubrica ou assinatura)

Anexo 2 - Listado de códigos y caracterización de las personas entrevistadas

Listado de códigos y caracterización de las personas entrevistadas

| Código | Ciudad/Región del país | Vinculación institucional | Caracterización |
|--------|--------------------------|---|---|
| ENT 1 | Brasília - DF | Ministério da Saúde, Programa Nacional DST-Aids | Psicóloga, 26 años de formación. Ha trabajado con salud indígena y con salud mental. Ha trabajado con Reducción de Daños (RD) en un programa estatal de salud y está en el Programa Nacional (PN) desde los primeros proyectos de RD del país. Inicialmente en la Unidad de Asistencia (UA) y después en la Unidad de Prevención (UP). En el PN trabajaba con RD en una unidad de droga y sida, separada de la UP, después incorporada a la UP (1997/1998). |
| ENT 2 | Brasília – Centro Oeste | Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Gerência de DST/Aids | Psicóloga, trabaja en la unidad de salud donde está ubicado el SAE – Serviço de Atendimento Especializado de atención a las personas con VIH/sida. Divide su tiempo trabajando en la Secretaría de Salud, en el SAE y coordinando el proyecto de Reducción de Daños. |
| ENT 3 | Rio de Janeiro - Sudeste | Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Coordenação Estadual DST/Aids | Psicólogo, trabaja desde hace 8 años en la Gestión Estatal de ETS/Sida. Ha trabajado en el Programa de Salud Mental durante 16 años y atendía como psicólogo a personas que consumen alcohol y otras drogas en el servicio público, que también ha coordinado durante 10 años. En este momento, está trabajando en los diálogos entre las políticas para Sida y drogas. |
| ENT 4 | Belém - Norte | Secretaria Estadual de Saúde do Pará, Coordenação de Saúde Mental | Trabajadora social con formación en grupoterapia y dependencia química. Gestora del centro de cuidados a las personas que consumen alcohol y otras drogas. Antes ha llevado a cabo una monitorización técnica para empezar la reformulación de la propuesta de intervención del centro, para tornarla más coherente con la Política Nacional de Atención Integral a las personas que consumen alcohol y otras drogas. |
| ENT 5 | Curitiba - Sul | Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Coordenação Estadual DST/Aids | Ha estudiado administración, técnica en vigilancia epidemiológica, trabaja en la coordinación de ETS/sida desde hace 20 años. Responsable también de todos los proyectos y acciones de RD con personas que consumen drogas. Ha coordinado el proyecto durante varios años. |
| ENT 6 | Curitiba - Sul | Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Coordenação Estadual de Saúde Mental | Psicóloga, con postgrado en gestión de Sanidad Pública y máster en Psicología de la Infancia y Adolescencia. Trabaja en la Secretaría Estatal desde hace 20 años, donde ya ha trabajado en servicios de salud mental y hospitales. |
| ENT 7 | Recife - Nordeste | Secretaria Municipal de Saúde de Recife, Política de Saúde Mental | Psicóloga, ha estudiado un máster en Sanidad Pública. Trabaja en el campo de alcohol y drogas desde 2005. Ha trabajado en un centro de atención psicosocial y en un albergue terapéutico. Hace meses que está en la gestión, como asesora técnica de la Política de Salud Mental, alcohol y drogas de la ciudad de Recife. |

Anexo 3 - Listado de códigos y naturaleza de los documentos

Listado de códigos y naturaleza de los documentos

| Código | Título del documento | Fecha de publicación | Organismo responsable | Nivel de publicación | Función |
|--------|--|----------------------|---|----------------------|--|
| DOC 1 | A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. | Marzo/2003 | Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde | Nacional | Presentar la política de atención integral a la salud de personas que consumen alcohol y otras drogas. |
| DOC 2 | Portaria 1.028/GM de 1º de julho de 2005 | Julio/2005 | Ministério da Saúde | Nacional | Determinar las acciones dirigidas a la reducción de daños sociales y a la salud, generados por los usos de productos, substancias o drogas que causen dependencia. |
| DOC 3 | Relatório do Seminário Nacional sobre a Articulação das Ações de Redução de Danos no Âmbito do SUS | Septiembre/2007 | Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde | Nacional | Divulgar el resumen de lo ocurrido en el Seminario que ha tenido como objetivo discutir la RD en el SUS para proponer acciones para su ampliación y fortalecimiento. |
| DOC 4 | Plano Integrado de Redução de Danos no SUS | Diciembre/2007 | Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde | Nacional | Poner en consulta popular una primera versión del Plan Integrado de Reducción de Daños para el SUS, con el objetivo de fortalecer la práctica de reducción de daños como estrategia de sanidad pública. |
| DOC 5 | Sumário Executivo do Plano Integrado de Redução de Danos no SUS | Marzo/2009 | Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde | Nacional | Presentar el Plan, que propone una “agenda mínima” para atender a las necesidades prioritarias, basado en las recomendaciones del “Seminário Nacional sobre a articulação das ações de Redução de Danos no âmbito do SUS”. |
| DOC 6 | Portaria 1.190, de 4 de junio de 2009 | Junio/2009 | Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde | Nacional | Instituir el Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) y definir sus directrices generales, acciones y metas. |
| DOC 7 | Portaria 2.841, de 20 de setembro de 2010 | Septiembre/2010 | Ministério da Saúde | Nacional | Instituir en el Sistema Único de Sanidad - SUS, los Centros de Atención Psicosocial Alcohol y otras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. |

| | | | | | |
|--------|--|-----------------|---|-----------|---|
| DOC 8 | Portaria nº 2.842, de 20 de setembro de 2010 | Septiembre/2010 | Ministério da Saúde | Nacional | Aprobar las Normas de Funcionamiento y Habilitación de los Servicios Hospitalarios de Referencia para la Atención Integral a los usuarios de Alcohol y otras Drogas - SHRad. |
| DOC 9 | Projeto Terapêutico do Centro de Cuidados a Dependentes Químicos CAPS III, Belém | Noviembre/2008 | Secretaria Estadual de Saúde do Pará - 1º Centro Regional de Saúde | Estadual | Presentar el Proyecto Terapêutico de un servicio de salud que tiene como objetivo atender a personas que consumen drogas y a sus familias, con enfermedades generadas por el uso abusivo de alcohol y otras drogas, de acuerdo con documentos ministeriales y principios y directrices del SUS. |
| DOC 10 | Plano de Ações e Metas para HIV/Aids e Outras DSTs - 2009 | Enero/2009 | Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – Coordenação Estadual de DST/Aids | Estadual | Presentar el plan de acciones y metas para hacer frente a la epidemia de VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, para el estado del Rio de Janeiro, para el año 2009. |
| DOC 11 | Política de redução de danos do município de Recife | Enero/2007 | Secretaria Municipal de Saúde de Recife – Programa Mais Vida de Redução de Danos no Consumo de Álcool, fumo e outras Drogas | Municipal | Presentar la política municipal de Recife de atención integral a la salud de personas que consumen alcohol, tabaco y otras drogas. |

Anexo 4 - Listado de códigos y composición de los grupos de discusión

Listado de códigos y composición de los grupos de discusión

| Código del grupo | Código de los/las participantes | Caracterización de los/las participantes |
|------------------|---------------------------------|---|
| GRU 1 | ENT/GRU 1 | Científico social, trabaja en el Instituto PAPAI desde hace cinco años |
| | ENT/GRU 2 | Científico social, colaborador del Instituto PAPAI en el proyecto Hombres, género y usos de drogas |
| | PART/GRU 1 | Psicóloga, Secretaría de Asistencia Social de Recife, Estado de Pernambuco |
| | PART/GRU 2 | Trabajadora social, Secretaría de Asistencia Social de Recife, Estado de Pernambuco |
| | PART/GRU 3 | Educador popular, trabaja con jóvenes y adultos, Secretaría de Asistencia Social de Recife, Estado de Pernambuco |
| | PART/GRU 4 | Educador y reductor de daños de un proyecto de consultorio de calle, ciudad de João Pessoa, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 5 | Psicólogo, gestor de un Centro de Atención Psicosocial - Alcohol y Drogas de Cabedelo, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 6 | Psicóloga, gestora de un Centro de Atención Psicosocial - Alcohol y Drogas de João Pessoa, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 7 | Educadora social, trabaja en una ONG de defensa de derechos humanos en Santa Rita, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 8 | Educador de calle del Programa Ruarte; músico; militante del Movimiento Nacional de niños y niñas de calle y del Movimiento Negro, João Pessoa, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 9 | Farmacéutica, máster en Química y Farmacología, trabaja en un Centro de Atención Psicosocial II, con personas con trastornos mentales moderados y graves, en João Pessoa, Estado de Paraíba |
| GRU 2 | ENT/GRU 3 | Psicólogo, ha hecho máster en salud colectiva, trabaja en el Instituto PAPAI |
| | PART/GRU 10 | Trabajadora social, Centro de Atención Psicosocial del Distrito Sanitario V, Recife, Estado de Pernambuco |
| | PART/GRU 11 | Psicóloga, trabaja en un Centro de Atención Psicosocial del Distrito Sanitario I, Recife, Estado de Pernambuco |

| | | |
|-------|-------------|---|
| | PART/GRU 12 | Nutricionista, gestora de la Política de salud de los hombres de la ciudad de João Pessoa, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 13 | Grado en Letras, coordinadora de Salud Mental de la Secretaría de Sanidad de Santa Rita, Estado de Paraíba. Actúa también en el Consejo de Sanidad y en el Consejo de los Derechos de los Niños y Jóvenes |
| | PART/GRU 14 | Psicóloga, gestora de sanidad mental de la ciudad de Cabedelo, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 15 | Psicólogo, artista plástico, trabaja en la gestión de la sanidad mental del Estado de Pernambuco |
| | PART/GRU 16 | Psicóloga, trabaja en un CAPS en Joao Pessoa, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 17 | Psicóloga, coordina un CAPS en Joao Pessoa, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 18 | Enfermera, trabaja en la Secretaría Municipal de Sanidad en Joao Pessoa, Estado de Paraíba, en un proyecto de Reducción de Daños |
| GRU 3 | ENT/GRU 4 | Científico social, estudiante de máster en Sociología, trabaja en el Instituto PAPAI |
| | PART/GRU 19 | Psicóloga, trabaja con niños y jóvenes de calle en João Pessoa, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 20 | Psicóloga, trabaja en Centro de Referencia Especializado en medidas socioeducativas de Asistencia Social de Recife, Estado de Pernambuco |
| | PART/GRU 21 | Trabajadora social, gestora de un Centro de Atención Psicosocial - Alcohol y Drogas, en Cabedelo, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 22 | Enfermera, trabaja con estrategia de sanidad de la familia, João Pessoa, Estado de Paraíba. |
| | PART/GRU 23 | Psicóloga, gestora de un Centro de Atención Psicosocial, Bayeux, Estado de Paraíba |
| | PART/GRU 24 | Farmacéutica, trabaja en un SAE de ETS/sida de João Pessoa, Estado de Paraíba. |
| | PART/GRU 25 | Turismólogo con posgrado en gestión de salud, gestor de un centro de pruebas y consejería para IST/Sida de João Pessoa, Estado de Paraíba. |

Anexo 5 – Guión de Entrevista

Roteiro de Entrevista (português)

- Qual seu local de atuação? Há quanto trabalha aqui? Qual sua formação profissional?
- Quais os principais documentos de políticas públicas que conhece, focalizado em Redução de Danos (RD) ou que tenha alguma discussão sobre e porque estes documentos são importantes?
- Conhece algum destes documentos:
 - . Política de atenção integral a saúde de usuários de álcool e outras drogas;
 - . Plano Integrado de RD para o SUS;
 - . Portaria do Ministério da Saúde que regulamenta a RD.
- Quais suas opiniões sobre eles?
- As recomendações destes documentos estão presentes nas ações que você gerencia? Quais aspectos e de quais documentos?
- Sabes se há algumas ações que são específicas e diferenciadas para homens e mulheres nestes documentos? E nos planos de ação local com os quais trabalhas?
- Quais são as bases que crês que orientam as ações de RD? Há alguma especificidade de ação para homens e porque (se não, há uma avaliação de que seja necessário ter)?
- Qual o conceito o perspectiva de RD com a qual trabalhas? Redução de danos e redução de riscos são a mesma coisa?
- Há alguma relação entre homens e riscos? Quais?

Anexo 6 – Guión de grupo de discusión

Guión de grupos de discusión

- 1) Informaciones iniciales el objeto de la investigación y sobre lo que van hacer a la continuación;
- 2) Distribución de dos copias del Término de Consentimiento para cada participante y lectura colectiva del Término. Explicar que poden firmar y entregar una copia a los/las facilitadores/as al final, o salir de la sala en el caso de no estar de acuerdo con lo planteado;
- 3) Presentación de los/las participantes;
- 4) Empezar la discusión orientando el diálogo con las siguientes cuestiones:
 - *Há alguma discussão sobre gênero ou alguma ação orientada pela perspectiva de gênero nas ações que vocês conhecem, no campo da atenção as pessoas que usam drogas? Poderiam citar alguma?*
 - *Vocês acham que há questões de gênero expressas nas relações institucionais que vocês conhecem e vivem? Como?*
 - *Conhecem ações específicas para homens na rede de Atenção às pessoas que usam drogas? Se sim, quais? O que vocês opinam sobre elas? Se não, porque acham que não há? Seria importante ter? Que tipo de ação?*
 - *Como vocês acham que deveria ser uma inclusão adequada da perspectiva de gênero nas Políticas Públicas de atenção as pessoas que usam drogas? Acham que isso está longe ou perto de acontecer? Por quê?*
 - *Como acham que devem ser as ações pautadas na perspectiva de gênero no cotidiano prático dos equipamentos que compõem a rede de atenção às pessoas que usam drogas?*
- 5) Conclusión de la discusión, cierre de la actividad y entrega de los Términos firmados a los/las facilitadores/as.