



**EL COLEGIO
DE SONORA**

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

**Reducción de daños y prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas en
Mexicali Baja California: una mirada desde la promoción de la salud**

Tesis presentada por

Bianca Vianey Acuña Valverde

Como requisito para obtener el grado de

Doctora en Ciencias Sociales

Directora de tesis: Dra. María del Carmen Arellano Gálvez

Lectora interna: Dra. Catalina Denman Champion

Lectora externa: Dra. Angelica Ospina-Escobar

Hermosillo, Sonora

Agosto de 2024

Resumen

El propósito de este trabajo fue analizar la relación entre las intervenciones de reducción de daños y las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas, y que favorecen el trabajo comunitario de promoción de la salud de una organización civil en Mexicali, Baja California. Para ello se utilizan dos conceptos teóricos principales: la autoatención y la promoción de la salud. El marco metodológico fue de corte cualitativo, a través de la observación participante y entrevistas semiestructuradas; en un primer momento se entrevistó al personal de la organización y posteriormente a mujeres que acuden a solicitar servicios a este espacio.

Los resultados obtenidos señalan que las propias intervenciones de reducción de daños están sujetas a condiciones estructurales que limitan su alcance, como el recorte presupuestal, el poco interés de las autoridades pertinentes hacia la población consumidora, y los procesos de gentrificación de la zona que ha desplazado a la población. Sin embargo, el carácter comunitario de este trabajo, permite incidir en las condiciones de las mujeres quienes, aun con las dificultades de su contexto, adoptan prácticas de autoatención como en la atención de sobredosis.

Estas prácticas permiten visibilizar la capacidad de las mujeres para cuidar su salud, aun cuando el estigma y las violencias que enfrentan les restan esta capacidad. Las redes de apoyo de las mujeres son factor clave en cómo ocurre la autoatención, además emerge la importancia que tienen sus pares para cubrir necesidades básicas o recibir atención ante dolencias o padecimientos. La introducción de nuevas sustancias, ha llevado a la reconfiguración de prácticas de autocuidado y autoatención, ya que han derivado en la acentuación de padecimientos como los abscesos.

En conclusión, aunque las intervenciones de reducción de daños funcionan como una estrategia de promoción de la salud, cuyo alcance comunitario permite el acercamiento con poblaciones que puede llamarse de difícil acceso, las condiciones estructurales limitan su trabajo y, deja a las mujeres con pocas herramientas para cuidar su salud, quienes logran adoptar prácticas de autoatención, según los medios a los que logran acceder.

Agradecimientos

Primeramente, agradezco al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT). De igual forma extiendo mi agradecimiento a El Colegio de Sonora por el apoyo recibido durante más de cuatro años. Mi gratitud al personal administrativo, biblioteca, difusión, limpieza y guardias de seguridad por su disposición y apoyo en todo momento. A cada una de las profesoras y profesores comprometidos con el pensamiento crítico dentro y fuera de las aulas, gracias por todos los aprendizajes.

Agradezco especialmente a mi directora de tesis, Dra. María del Carmen Arellano Gálvez por su apoyo incondicional y acompañamiento durante este proceso, por creer que otras formas de hacer academia son posibles. Gracias especiales a la Dra. Patricia Aranda por todo el apoyo. A mi comité de tesis, la Dra. Catalina Denman de quien he recibido grandes consejos y apoyo para seguir aprendiendo en esta labor. A la Dra. Angélica Ospina, por propiciar el pensamiento crítico y compartir su experiencia, toda mi admiración y respeto. Todas mujeres poderosas y admirables.

Gracias a Integración Social Verter, AC por su incansable labor en el centro de Mexicali y por permitirme aprender de su trabajo. Un agradecimiento infinito a cada una de las mujeres habitantes de la zona centro de Mexicali, que me permitieron conocer un poco de sus vidas, sus experiencias y su forma de ver el mundo. Este trabajo es por la terquedad de creer que un mundo mejor es posible para todas, todos y todes.

Agradezco a mis compañeras y compañeros por las tardes de plática, de cerveza y de reflexión. Gracias a Dorita por la amistad y las tardes de estudio compartidas en todo este proceso. A Lariza por su paciencia y amistad incondicional. A mis amigas Mónica, Coral y Roxana por el apoyo moral. A mis hermanas y mi mamá que desde la distancia me apoyan incansablemente. Gracias Marcela, Amely y Alfredo los amo. Agradezco a mi amiga Elena por su consejo sabio y oportuno siempre. A Eva, Lucia y Felipe por estar siempre. Gracias especiales a Humberto quien desde el inicio me apoyó con sus consejos y empatía.

Dedico este trabajo a cada una de las mujeres de mi familia que no pudieron decidir libremente sobre sus vidas. Buscando honrar su memoria y su legado en mi vida.

Índice

Resumen.....	2
Agradecimientos.....	3
Introducción.....	6
CAPÍTULO I: Planteamiento del problema.....	12
Estado del arte.....	12
Apuntes sobre el prohibicionismo.....	13
Contexto internacional y nacional de las políticas de drogas actuales y consumo de opioides.....	17
Mujeres que se inyectan drogas (MID)	27
Preguntas de investigación	36
<i>Pregunta general</i>	36
<i>Preguntas específicas</i>	36
Justificación	36
Objetivos	38
<i>Objetivo general</i>	38
<i>Objetivos específicos</i>	38
CAPÍTULO II: La reducción de riesgos y daños	39
Antecedentes de la reducción de daños	40
Principios de la reducción de daños.....	42
Reducción de daños en el contexto latinoamericano	46
La reducción de daños en la frontera norte de México.....	50
Algunos debates sobre la reducción de daños.....	54
CAPÍTULO III: Marco teórico.....	58
Promoción de la salud	60
Promoción de la salud y reducción de daños	66
Prácticas de autoatención entre mujeres que se inyectan drogas	73
CAPÍTULO IV: Marco metodológico	81
Desarrollo metodológico	85
Proceso de análisis y codificación	91
Consideraciones éticas	98
CAPÍTULO V: ¿La reducción de daños como estrategia de promoción de la salud?	103
Una mirada de Mexicali, su “ <i>tango</i> ” y el consumo de sustancias	105
Reducción de daños y promoción de la salud: el caso de Verter, AC.....	115

<i>Breve historia de Verter, AC</i>	116
<i>Características del funcionamiento de Verter, AC</i>	120
<i>Programa de reducción de daños</i>	124
Prácticas de promoción de la salud en Verter, AC	131
<i>¿Quién es la promotora y el promotor de reducción de daños?</i>	139
CAPÍTULO VI: Ingovernables: prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas en Mexicali	143
Características de la comunidad inyectora en Mexicali	144
Contexto y prácticas de consumo de las mujeres usuarias	150
La autoatención entre usuarias de sustancias inyectables	156
CAPÍTULO VII: La promoción de la salud desde la reducción de daños y la autoatención.	166
La reducción de daños desde una mirada de salud	167
Promoción de la salud y reducción de daños	177
Autoatención y promoción de la salud	193
¿Es la reducción de daños una forma de promoción de la salud emancipatoria?	198
Conclusiones	204
Referencias bibliográficas	215
Anexos	235
Anexo 1: Guía de entrevista fundadores Verter: directora y coordinador de proyecto	235
Anexo 2: Guía de entrevista trabajadora social	238
Anexo 3: Guía de entrevista a mujeres usuarias de sustancias en Mexicali, BC	240
Anexo 4: Consentimiento informado a personal de Verter, AC	242
Anexo 5: Consentimiento informado a MID	243
Anexos 6: Imágenes primera visita de trabajo de campo	244
Anexos 7: Imágenes segunda visita de trabajo de campo	250

Introducción

En el verano de 2018 recibí una llamada de la directora de Verter, AC. Nos habíamos conocido años atrás, cuando fuimos parte de colectivas feministas en Mexicali. En ese momento yo residía en Nogales, su llamada era para ofrecerme colaborar en un proyecto temporal en mi ciudad, realizando intervenciones específicas con poblaciones usuarias de sustancias inyectables. Ya había escuchado sobre su trabajo en Mexicali y me sentí interesada por aprender sobre el tema, además comentó que tenían experiencia de campo en Nogales desde hace algunos años. El proyecto tendría cinco meses de duración y sería de medio tiempo. Decidí aceptar, pues sentía profunda admiración y respeto por su labor.

A principios de agosto de 2018 me trasladé a Mexicali para conocer a detalle en qué consistía el trabajo. Cuando llegué a la organización, me di cuenta de que estaban en proceso de transición, organizando el espacio de lo que sería el nuevo “Centro comunitario” que, según me explicó la directora, se estaba equipando para dar un mejor servicio a la comunidad y, emocionada comentó que abrirían la primera sala de consumo seguro. Era la primera vez que escuchaba algo así, sin embargo, no hice muchas preguntas en ese momento.

Uno de los psicólogos se encargó de explicarme las actividades que realizaría, él mismo era promotor de reducción de daños. Fue la persona que me enseñó cómo realizar las pruebas rápidas de VIH, sífilis y Hepatitis C, me platicó estrategias para dar la consejería e indagar sobre las prácticas de consumo de las personas, a través de un trato horizontal y ameno. Me explicó el objetivo del programa de intercambio de jeringas, hablamos sobre los derechos humanos de las personas usuarias de sustancias inyectables y cómo eso era importante en la cotidianidad de las intervenciones. Hablamos sobre los factores externos que, en su experiencia de trabajo, influían en la condición de vida de la población consumidora. Sabía que trabajar con población en estado de vulnerabilidad podía ser

complicado o incluso, para algunos arriesgado, por ello, conocer aspectos que vivía la población, como el acoso policiaco era importante para comprender mejor sus condiciones de vida.

Uno de los enfermeros encargado de hacer curaciones, sobre todo las derivadas de malas prácticas de inyección, los conocidos como *cuerazos*, entre otras complicaciones, me explicó la importancia del lenguaje para hacer los abordajes, me ayudó a familiarizarme con ciertos términos que facilitarían mi entrada a campo. Palabras como “las *erres*” que es como les llaman a las jeringas; *yongos* o picaderos, son los espacios de encuentro para “*picarse*” o realizar la práctica de inyección, son algunos términos que se volvieron importantes durante las intervenciones. Ambos, el psicólogo y enfermero, hicieron énfasis en la importancia de nunca ponerse en riesgo y tener prácticas de autocuidado. Asimismo, ese día hicimos un recorrido por el centro de la ciudad para observar cómo hacían la entrega de insumos y los abordajes con la población.

Básicamente era el trabajo que haría en Nogales, recorridos en zonas estratégicas previamente identificadas por la organización. Entregaría kits de inyección segura a usuarios y usuarias, estos contenían jeringas, agua destilada, almohadillas alcoholadas, condones externos e información sobre inyección segura, ITS y Hepatitis C. Cada kit que entregaba debía ser registrado en una lista, ésta se reportaba con día de entrega y firmas de las personas que lo recibían, además de una memoria fotográfica en cada recorrido. También promovería la realización de pruebas rápidas con la población consumidora y trabajadoras sexuales, y en la medida de lo posible, la vinculación a unidades de atención.

Regresé a Nogales con el material e inicié recorridos en los puntos acordados. Los primeros días sirvieron para identificar lugares de encuentro y familiarizarme con el lenguaje de la población. Algunas de estas personas ya conocían el trabajo de Verter y eso facilitó los

abordajes y la interacción, además realizar contactos en otros espacios menos visibles, pero en la misma zona. Con el tiempo fui reconociendo a la población, cada vez fue más sencillo ubicarlos y que ellos me ubicaran. En algunos hoteles de la zona me permitieron entrar a la recepción a hacer pruebas rápidas con las trabajadoras sexuales. El trato cotidiano me permitió escuchar experiencias de las y los usuarios y trabajadoras sexuales y sensibilizarme a través del cuestionamiento continuo en cómo yo misma entendía el consumo de sustancias. Estas experiencias me permitieron posicionarme desde otro lugar, uno más cercano a cómo conviven las personas con el consumo, sobre todo cuando son consumos problemáticos.

Hice recorridos en centros de tratamiento y campañas de pruebas rápidas en plazas de la zona fronteriza. Algunos policías veían extrañados, pero cuando les explicaba de qué se trataba me dejaban continuar, aunque no les comentaba sobre la entrega de jeringas, para no poner en riesgo a la población y entendiendo que aún faltaba y sigue faltando trabajo de sensibilización sobre el porqué de estas intervenciones con la fuerza pública y la sociedad en general. En diciembre terminó el contrato y el financiamiento. Platiqué con la directora y hablamos de la continuidad, ya estaba involucrada lo suficiente así que seguí haciendo recorridos con los insumos restantes. Además, logramos la donación de Naloxona¹ y condones externos, por parte de una organización afín ubicada en Phoenix AZ, quienes además me capacitaron sobre cómo prevenir una sobredosis con este medicamento. El programa de prevención de sobredosis y entrega de Naloxona fue incluido como parte de las intervenciones comunitarias en Nogales.

Debido a la falta de insumos, los recorridos fueron cada vez menos. Fue una sorpresa cuando nos enteramos de que se había cortado el financiamiento a organizaciones civiles por

¹ Medicamento utilizado para revertir rápidamente las sobredosis por uso de opioides.

parte del gobierno federal, esto afectó directamente a las intervenciones de reducción de daños. Puedo decir que el trabajo comunitario terminó cuando estábamos ganando la confianza de la población. Buscamos la forma de continuar, acudimos con las autoridades de salud municipales para platicarles sobre las intervenciones, tratamos de fortalecer alianzas con la organización de Arizona, y presentamos el trabajo de reducción de daños a la Red Binacional de comunidades saludables entre Sonora y Arizona, sin embargo, estos esfuerzos lograron la continuidad de las intervenciones de manera sostenida en el tiempo.

Desde que terminó el financiamiento y a la fecha, he seguido realizando recorridos de acuerdo con los insumos disponibles. Esta experiencia, me ayudó y facilitó realizar el trabajo de campo en la organización en 2021. Durante esta estancia apoyé en las actividades generales y de reducción de daños. Aprendí sobre los protocolos internos, el funcionamiento y la interacción con y entre la población y el personal. Estas experiencias, me han dado la posibilidad de comprender el tema desde la perspectiva de las y los usuarios y desde las intervenciones de base, observando directamente sus condiciones y estrategias de sobrevivencia. Como habitante de la frontera, esta experiencia me hizo comprender la potencialidad del trabajo comunitario y de base en la realidad de poblaciones vulnerabilizadas.

Este es el lugar de enunciación y posicionamiento del que parto para realizar este proyecto de investigación. Además, de comprender que asumirse como usuaria de sustancias es distinto para cada uno y que, para las personas que se inyectan drogas pesa el estigma de considerar la práctica de inyección como algo negativo y destructivo. Teniendo en cuenta la importancia de cómo se nombran las cosas, evitaré utilizar las palabras drogas, drogadicto o cualquier expresión asociada al consumo de sustancias que refuerce el estigma. En cambio,

utilizo expresiones como personas que se inyectan drogas o personas usuarias de sustancias para referirme a la población consumidora.

Este trabajo se suscribe entre los estudios socioculturales en salud, se parte de que, desde los planteamientos de Castro (2003) los problemas de salud desde una perspectiva social tienen un carácter latinoamericano, implican un posicionamiento político en el quehacer científico, y ponen en discusión las desigualdades en salud y las políticas públicas que se implementan para resolverlas. En este sentido, aunque los programas de reducción de daños surgen en occidente, su implementación en países de América Latina tiene características sociales, políticas y económicas particulares, asimismo las condiciones de exclusión social de PIDs y especialmente de las mujeres.

Este trabajo se propone poner en discusión los elementos críticos de la reducción de daños con la condición de mujeres que se inyectan drogas, como problemas urgentes en la realidad actual que requieren abordajes desde las distintas aristas que lo componen. En el primer capítulo se presenta un panorama general de las políticas de drogas actuales con el fin de contextualizar el lugar donde se ubican los programas de reducción de daños, la prevalencia de consumo de sustancias inyectables en la frontera norte y la condición de personas que se inyectan drogas, con énfasis en las consecuencias hacia las mujeres quienes, por su condición de género se exponen doblemente al estigma, por no sujetarse al deber ser de las mujeres y por mantener una relación con las sustancias ilegalizadas.

En el capítulo II se presentan antecedentes, principios, características y la contextualización de las intervenciones de reducción de daños en Latinoamérica, y específicamente en la frontera norte de México, donde se sitúa este trabajo, así como algunos debates en torno a la implementación de estos programas. Posteriormente, en el Capítulo III se retoman los conceptos teóricos centrados en la promoción de la salud con enfoque

comunitario, y el concepto de autoatención, para identificar las prácticas que adoptan mujeres que solicitan servicios de reducción de daños en Mexicali, Baja California.

El capítulo IV describe el desarrollo metodológico, se compone de tres apartados, el primero concentra los objetivos y las técnicas de recolección de datos. El segundo describe el proceso de operacionalización de los conceptos, análisis de datos y codificación, además de limitaciones del estudio. Dadas las características de este trabajo, derivado del trabajo con poblaciones socialmente excluidas, se considera pertinente el diálogo sobre las consideraciones éticas y reflexiones surgidas a lo largo del proceso de investigación.

El capítulo V, describen las características del contexto donde se ubica la organización, posteriormente se presenta la historia breve de la organización, las intervenciones, las prácticas de promoción de la salud y el trabajo de las y los promotores de salud y su trabajo con la población que se ubica en la zona centro de esta ciudad. El capítulo VI refiere a las prácticas de consumo de mujeres que se inyectan sustancias, el contexto donde se ubican y las prácticas de autoatención que adoptan, según su medio y circunstancias.

El capítulo VII, se relaciona con el objetivo principal de este trabajo, busca analizar la relación entre las intervenciones de reducción y las prácticas de autoatención que adoptan mujeres que se inyectan drogas. Una propuesta que emerge de este trabajo es si la reducción de daños tiene un potencial emancipatorio. El apartado de conclusiones explica las principales reflexiones y consideraciones a partir del desarrollo de este trabajo, así como sugerencias, recomendaciones y futuras líneas de investigación sobre el tema.

CAPÍTULO I: Planteamiento del problema

*Unimos a gente que ama las drogas,
gente que las odia
y gente que le da igual,
pero que creen que
esta guerra contra las drogas
es retrograda,
despiadada y desastrosa y debe terminar.*

Ethan Nadelmann
Fundador y director ejecutivo de Drug Policy Alliance

Estado del arte

Las drogas, según la Organización Mundial de la Salud son toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, fricción, administración parental, endovenosa), produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia de consumo y la permanencia en el tiempo. Según Villar, Juárez y Fúnez (2019) se diferencian según su legalidad en: legales, es decir las que están permitidas en una determinada jurisdicción, pueden utilizarse con o sin prescripción médica; ilegales, aquellas que están prohibidas para su producción, consumo o venta; y las sustancias controladas o intermedias, que son distribuidas según lo permita la ley, es restringida para usos médicos o farmacéuticos.

Romo (2006) explica que las sustancias psicoactivas o drogas, no tienen una realidad externa a la percepción cultural que se tiene de ellas. Actualmente, las disputas sobre la

legalización o regulación de algunas sustancias han sido motivo de debate en la sociedad en general, y en algunos gobiernos. Las intervenciones de prevención y atención al consumo problemático se han orientado principalmente hacia la eliminación del consumo, aun así, según documentan medios nacionales e internacionales, el consumo sigue en aumento. Algunas discusiones a nivel sociopolítico se mueven entre la ampliación de estrategias de reducción de daños, y los paradigmas tradicionales enfocados en la prohibición.

Este trabajo busca poner en discusión cómo las estrategias de reducción de daños en contextos comunitarios se relacionan con las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas, para ello se utiliza la perspectiva de promoción de la salud. Antes de llegar a ese punto, se presentan algunas características del prohibicionismo como paradigma vigente hasta nuestros días; posteriormente se presenta un marco general de las políticas de drogas actuales a nivel internacional y nacional; después, algunas características de la población que se inyecta drogas en la frontera norte de México, centrando la atención en las mujeres, con el objetivo de tener una mirada general del tema de las drogas actualmente.

Apuntes sobre el prohibicionismo

El prohibicionismo se refiere a la fiscalización de determinadas sustancias, denominadas drogas, desde su cultivo, comercialización y consumo, éste es considerado como el paradigma básico sobre el que se ha construido el “problema de la droga” (Romaní, 2016). Además, actualmente es el paradigma dominante para tratar el tema de uso de sustancias, comenzó con la prohibición del opio en 1909 y después en La Haya se suscribió el primer tratado internacional, los prohibicionistas sostienen que las drogas son perjudiciales para la

salud y generan mercados ilegales, por ello promueve regímenes punitivos para controlar su producción, distribución y consumo (Bergman, 2016).

Estados Unidos ha sido uno de los países que ha liderado este régimen (Bergman, 2016). En el contexto internacional, desde el Sistema de Naciones Unidas hay tres instrumentos internacionales sobre la fiscalización internacional de drogas que respaldan la prohibición: la Convención Única de 1961; el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1972; y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2000).

Romaní (2016) señala que desde el paradigma prohibicionista se han legitimado discursos que orientan y definen el “el problema de la droga”, reconoce principalmente el modelo penal y médico. El modelo penal o jurídico-represivo, se basa en la idea de que las drogas no legales en nuestro medio queden fuera del alcance de la gente. Se presume que la droga es mala y la persona, es una víctima a proteger a través de medidas legislativas sobre la producción, distribución, venta y posesión de las sustancias, incluso en ciertas ocasiones los instrumentos para su consumo (Markez, 1997). Desde esta perspectiva, “la droga” y todo lo que la rodea es considerada un delito, este tema es tratado desde el ámbito penal y es ejercido por actores e instituciones sociales (Romaní, 2016). La persona que consume sustancias, sea dependiente o no, pasa a ser considerada delincuente y reafirmada como “adicta”, este modelo se caracteriza por promover la criminalización (Markez, 1997).

Desde el modelo médico o sanitarista, se considera a la droga, la persona y el contexto como agentes que generan “una enfermedad”, este es el concepto principal del modelo, la persona que consume es considerada enferma, que necesita atención por parte de los profesionales sanitarios (Markez, 1997). Mantiene una relación subordinada con el modelo

penal, y no cuestiona la figura social de la persona consumidora (Romaní, 2016). Las intervenciones se centran en la medicalización, el centro es lo biológico, la sustancia y el fármaco sobre lo psicológico o relacional, este modelo tiene gran arraigo social (Markez, 1997). La relación médico-paciente le otorga el saber y la capacidad de decisión siempre al profesional (Romaní, 2016). Estas perspectivas, han contribuido al alejamiento de la intervención médica en las personas consumidoras (Markez, 1997).

Estos modelos han servido como base de los discursos e intervenciones sobre el tema del uso y tráfico de sustancias, sus repercusiones han llevado a la aplicación severa de las leyes, y ha incrementado significativamente la tasa de encarcelamiento, también ha generado una maquinaria de control con incentivos e intereses burocráticos que ha afectado los niveles de corrupción en policías y funcionarios judiciales (Bergman, 2016). Desde este paradigma también se implementó la “guerra contra las drogas”, originada en Estados Unidos por el presidente Nixon durante la década de los 70, consistía en “una estrategia y plan de acción con el propósito de erradicar la producción y tráfico de drogas” (Rosen y Zepeda, 2014).

Aunque se ha documentado el fracaso de esta estrategia que generó mercados negros altamente lucrativos y muchas veces violentos (Bergman, 2016) ha sido replicada en países latinoamericanos. En Colombia se negoció el Plan Colombia, que fue un acuerdo con Estados Unidos para combatir el narcotráfico y la producción de sustancias; en México, en 2007 a través de la Iniciativa Mérida para combatir el tráfico de drogas y el crimen organizado (Rosen y Zepeda, 2014). Según expresa Bedoya (2016) el abordaje de las estrategias en la lucha contra las drogas se ha desarrollado no solo por las directrices de los acuerdos de convenciones internacionales firmadas por la ONU, también por el liderazgo asumido por los Estados Unidos, es decir, las políticas de drogas en América Latina han tenido influencia del vecino país.

En México, la guerra contra las drogas, iniciada en el gobierno de Felipe Calderón (2006-2012) tuvo como prioridad “combatir ‘frontalmente’ el crimen organizado mediante un mayor despliegue de las fuerzas de seguridad federales -Policía Federal y Fuerzas Armadas- en materia de seguridad pública local” (Atuesta, 2014, p. 10). Sin embargo, México sigue enfrentando problemas con organizaciones criminales dedicadas, entre otras cosas, al tráfico de drogas y las violencias que se derivan de ello (Rosen y Zepeda, 2014). La evidencia demuestra que no ha habido una política integral de drogas, hay desequilibrio entre los enfoques de combate al narcotráfico y de prevención, dado el prohibicionismo; ha dejado rezagada la perspectiva de salud; y, por el contrario, ha aumentado el presupuesto a los cuerpos represivos del Estado; han incrementado las violaciones a derechos humanos, violencia, y éxodos poblacionales en distintas regiones del país (Atuesta, 2014).

Según la evidencia, el crimen organizado ha generado y/o intervenido en una variedad de violencias que ponen a América Latina en los primeros lugares a nivel mundial en tasas de homicidio, lo que ha tenido repercusiones directas en los sectores con mayores índices de pobreza y vulnerabilidad social (Menéndez, 2012). En México, los discursos del ejecutivo refuerzan el estigma hacia las personas consumidoras, situándolas en el mismo lugar que el problema de la corrupción, asociando el consumo a “pérdida de valores culturales, morales, espirituales” (Álvarez, 2019) además, esta misma autora señala que no hay presupuesto asignado y los programas de tratamiento han sufrido recortes.

En este contexto, Menéndez (2012) señala que las políticas prohibicionistas han tenido efectos en los sectores más empobrecidos, tanto consumidores como operadores de narcomenudeo, afirma que son los más encarcelados y perseguidos, además que presentan efectos más graves en términos de salud. Por su parte, Ospina-Escobar (2020) explica que

los discursos prohibicionistas, desde los discursos médicos y jurídicos, legitiman la criminalización y estigma hacia las personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

Latinoamérica es considerada la región más violenta del mundo en homicidios y la naturaleza de ciertos crímenes, muchos de ellos productos del crimen organizado, las regiones más afectadas son Colombia, Brasil, México, algunos países del Cono Sur y el llamado Triángulo Norte de Centroamérica compuesto por Honduras, Guatemala y El Salvador (Viscardi y Tenenbaum, 2023). Se pueden observar la reciente predominancia de éxodos migratorios provenientes principalmente de Centroamérica, producto de las crisis económicas y de violencia en aquellos países (Castañeda, 2023). Las estrategias de la guerra contra las drogas, sustentadas en el prohibicionismo, ha traído el aumento de la violencia y no ha logrado disminuir el consumo, actualmente los mercados de la droga se han modificado, incorporando nuevas sustancias en las calles lo que ha traído crisis, sobre todo en países de Norteamérica (Pérez e Ibarrola, 2023) principalmente en EEUU, Canadá y el norte de México.

Contexto internacional y nacional de las políticas de drogas actuales y consumo de opioides

Según el Reporte Mundial de Drogas 2019 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés, 2019) el número de personas que usan drogas se ha incrementado un 30% desde 2009; este informe hay un aumento en la prevalencia de uso de opioides en distintas regiones del mundo, siendo América del Norte la subregión con la prevalencia anual más alta en consumo, se estima que el 4% de la población

los utiliza. Este hecho ha ocasionado el aumento de muertes por sobredosis, producto del consumo de opioides sintéticos, principalmente el fentanilo² y sus derivados.

Según la UNODC (2019) en Canadá se reportaron 4,000 muertes por sobredosis de uso de opioides en 2017, que aumentó un 33% respecto al 2016 que se registraron 3,000 muertes; además advierte que, en 2017 hubo más de 47,000 muertes por sobredosis de opioides en Estados Unidos. Aunque en este informe se hace énfasis del aumento en el consumo de opioides y muertes por sobredosis en América del Norte, no se muestra información de la situación en México. Este mismo organismo explica que, aunque el cannabis es la sustancia más consumida a nivel mundial, los opioides resultan más nocivos, calcula que 11.3 millones de personas se inyectaron drogas en 2018, cuya práctica lleva al 10% de las infecciones de VIH en todo el mundo; se determina que más de un millón de personas que se inyectan drogas viven con VIH y 5.5 millones con Hepatitis C (UNODC, 2020, p. 5 y 6).

Asimismo, Esquivel (2020) reporta a través de la revista Proceso, que Estados Unidos vive la peor crisis de consumo de opiáceos en su historia, lo que ha llevado a documentar hasta 137 muertes diarias por sobredosis, explica también que el fentanilo se ha vuelto la base de producción de metanfetaminas, estimando que gran parte del fentanilo que se consume en Estados Unidos proviene de laboratorios clandestinos ubicados en México; esta información pone en evidencia la compleja relación que se mantiene entre México y Estados Unidos con relación al tráfico y uso de sustancias ilegales.

Recientemente, la Casa Blanca dio a conocer la “Estrategia nacional de control de drogas” (Oficina Ejecutiva del Gobierno de los Estados Unidos, 2022). Brooks (2022)

² Esta sustancia tiene la característica de ser un analgésico opioide sintético similar a la morfina, pero entre 50 y 100 veces más potente (National Institute on Drug Abuse, 2019).

explica que ésta se centra en lo que el gobierno de Estados Unidos llama “adicción no atendida” y el narcotráfico, reconoce que en cuanto a la atención en salud se orienta hacia la prevención, tratamiento y reducción de daños. También que las estrategias antinarcóticos locales han impactado en grupos minoritarios, como la comunidad negra quienes tienen cinco veces más posibilidades de ser encarcelados que las personas blancas. En cuanto a la relación que establece con México, busca redoblar esfuerzos conjuntos para controlar el tráfico hacia Estados Unidos. Brooks (2022) hace una crítica a esta estrategia, afirmando que mantiene elementos del marco prohibicionista “con pretensiones en pro de dismantelar[lo]”.

Por otro lado, la UNODC (2020) reporta que la pandemia por Covid-19 ha modificado las rutas, métodos y las actividades del tráfico de drogas ilícitas; lo que produjo escasez en algunos casos, y a su vez modificó tendencias y formas de consumo. Esta agencia internacional explica que, en países de Europa, Asia Sudoccidental y América del Norte las personas que se inyectan drogas (en adelante PIDs) podrían pasar a consumir fentanilo y sus derivados. Sugiere, además que las condiciones económicas, sobre todo en países en desarrollo, como es el caso latinoamericano, pueden afectar especialmente a las personas que se encuentran en desventaja socioeconómica. Esta oficina explica también que la pandemia por Covid-19 puede producir una modificación profunda en los mercados de drogas y sugiere que para ampliar el conocimiento al respecto es necesario que se realicen más investigaciones sobre el tema.

El Informe Mundial sobre las drogas (UNODC, 2019) hace un llamado a la cooperación internacional y reconoce insuficientes las respuestas en salud pública. Entre sus objetivos resalta la necesidad de ampliar intervenciones de tratamiento por consumo de sustancias basados en evidencia; ampliar la prevención y acceso a tratamiento de Hepatitis

C, VIH y otras infecciones entre las personas que consumen sustancias; garantizar intervenciones y programas de atención y prevención de sobredosis y acceso a Naloxona.

En conjunto, se puede observar que la incorporación de nuevas drogas como el fentanilo y la pandemia por Covid-19 son elementos que han contribuido a los cambios en la producción, tráfico y consumo de sustancias psicoactivas, lo que ha obligado a los gobiernos a redoblar esfuerzos para buscar nuevas formas de enfrentar el control de la oferta y tráfico de sustancias consideradas ilícitas. La UNODC (2020) reconoce que la respuesta a lo que llama el “problema de drogas” sigue siendo inadecuada, identifica además que la pandemia ha limitado el acceso a tratamiento para muchas personas, lo que exigiría políticas de drogas acompañadas de programas más amplios de desarrollo sostenible, seguridad y derechos humanos.

En el caso latinoamericano, el estado global de reducción de daños (Harm Reduction International [HRI], 2020) estima que los países donde predomina el número de personas que se inyectan sustancias son Colombia, República Dominicana, Puerto Rico y México. Recalca que la política de drogas en Latinoamérica no es homogénea, dado que en países como Brasil, Bolivia y Ecuador se han vuelto más punitivos para las personas consumidoras, mientras que en Colombia se discute sobre la regulación de la marihuana y cocaína y se han implementado programas de reducción de daños con el apoyo del Estado; Uruguay por su parte, tiene una década de historia de regulación del uso de cannabis, ha extendido servicios y prácticas de reducción de daños y en 2018 aprobó una ley de salud mental que incluye los derechos humanos en el tratamiento de uso de drogas. En Brasil, Bolivia, Colombia y Ecuador los nuevos gobiernos han mostrado rechazo a las estrategias de reducción de daños. El informe reconoce que, en la región el control de drogas continúa basándose en principios de

eliminación de producción, tráfico o uso de sustancias lo que conlleva más violencia y violación de derechos humanos (HRI, 2020).

Las políticas de la “guerra contra las drogas” implementadas principalmente en México, Colombia y Brasil se han basado en la prohibición, control y represión al uso, tráfico y producción de sustancias psicoactivas, que ha traído consecuencias como aumento de desigualdades, violencia, homicidios, violaciones sistemáticas a los derechos humanos, corrupción en instituciones y cuerpos policíacos (Marinho y Couto, 2020), y recientemente desapariciones forzadas, que se han resentido especialmente en comunidades marginadas y con mayores índices de pobreza.

Aunque en México, las sobredosis por uso de opioides no muestran el mismo comportamiento que en Estados Unidos y Canadá, en la frontera norte del país se registra la prevalencia más alta en el consumo de estas sustancias, siendo la heroína la sustancia inyectable más frecuente; esto se relaciona con la proximidad con Estados Unidos como determinante en las dinámicas de consumo de opioides (Fleiz-Bautista et al, 2019). Según información de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2020) organizaciones de la sociedad civil de reducción de daños ubicadas en la frontera norte, reportan que la presencia del fentanilo se relaciona con el 100% del aumento de sobredosis.

La CONADIC (2021) reporta que en 2020 se documentaron 1,735 muertes asociadas al consumo de sustancias, aunque no detalla cuáles específicamente, tampoco si se tratan de fentanilo. Este mismo organismo identifica que los estados con mayor consumo de opioides son Baja California, Chihuahua, Colima, Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Sonora, además que una característica de esta población es que no tienen un hogar establecido y no necesariamente acuden o reciben tratamiento (CONADIC, 2020) lo que complejiza la posibilidad de identificar prácticas y dinámicas de consumo.

Por su parte, Ospina y Dávila (2024) encontraron que, de 1999 a 2019 se han identificado 8,803 muertes asociadas al uso de sustancias como alcohol, tabaco, marihuana y solventes, de estas 168 corresponden al uso de opioides y 264 al uso de estimulantes. En el caso de los opioides, los estados con mayores muertes son Baja California, Chihuahua y Sinaloa, los dos primeros presentaron tasas de mortalidad 12 y 10 más altas que en el resto del país, respectivamente. Asimismo, Baja California tuvo un aumento anual de 15.8% entre 2013 y 2019. Estos autores reconocen la necesidad de mejorar las políticas nacionales y locales y la vigilancia de las muertes relacionadas al consumo de sustancias, que incluyan, la evolución del consumo de drogas y los patrones de sobredosis, así como los cambios en los mercados de drogas ilícitas a fin de diseñar respuestas más efectivas.

La evidencia en México señala que, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], 2017) la prevalencia en el consumo de cualquier sustancia aumentó entre 2011 y 2016 de 7.8% a 10.3%; y de drogas ilegales, en esos mismos años, de 7.2% a 9.9%. En 2016, el consumo de crack, alucinógenos, inhalables, heroína y metanfetamina se mantenían sin cambios drásticos en el consumo. La población que ingresó a centros de tratamiento no gubernamentales en México (1994-2016) por drogas ilegales fue en 15.2% por el uso de cristal, 14.9% uso de cocaína, 12.9% y en cuarto lugar con 10% por el uso de heroína. La diferencia entre la población que ingresó por uso de cristal varía en un 5.2% con relación a la población que ingresó por uso de heroína.

Por su parte, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones [SISVEA] (Secretaría de salud, 2024) refiere que, en 2022, 9.3% de los usuarios de centros de tratamiento no gubernamentales reportaron haber iniciado el consumo de sustancias con cristal, identificándola como la principal droga de inicio. Esta sustancia ha sustituido el

consumo de inhalables y cocaína, así como la heroína que estaba presente de forma importante como droga de inicio. Asimismo, el cristal fue identificado como la principal droga de impacto, es decir, aquella por la que buscan ayuda en 69% de las personas que solicitaron tratamiento (siete de cada diez).

El Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones [CONASAMA], 2024b) señala que los Estimulantes de Tipo Anfetamínico (ETA) que incluyen la anfetamina, metanfetamina, éxtasis o estimulantes de uso médico mantuvieron un crecimiento sostenido en el consumo de 2013 con 9.5% a 49.1% en 2023; argumenta que el uso de estas sustancias ha aumentado en un 416%. Por su parte, el Informe sobre la situación de drogas en México (Secretaría de Salud, 2019) reveló que, de 2015 a 2018, la CONADIC identificó 68 casos en los que usuarios reportaron haber consumido fentanilo, a través de la Red Nacional de Atención a las Adicciones.

La CONASAMA (2024b) identifica que el consumo de fentanilo de producción ilícita prolifera principalmente en algunas localidades del norte del país. Encontró 518 casos en la demanda de atención por consumo de esta sustancia, principalmente en Baja California, Sonora, Sinaloa y Chihuahua. El Informe sobre la demanda y oferta de fentanilo en México (CONASAMA, 2024a) a través de la Red Mexicana de Reducción de Daños (REDUMEX), dio a conocer que se analizó parafernalia³ de 89 usuarios de heroína con tiras reactivas al fentanilo y encontró que 93% de las muestras de heroína conocida como China White, contenían fentanilo, lo que evidencia la presencia de esta sustancia entre consumidores de la zona fronteriza.

³ Se refiere a los instrumentos utilizados para el consumo de sustancias inyectables. Las pruebas rápidas de detección de fentanilo pueden utilizar desde la envoltura de la sustancia, jeringas, cooker o demás instrumentos que hayan estado en contacto con la sustancia.

Algunos otros datos relevantes señalan que usuarios consideraron que el consumo de China White contenía: 40% fentanilo, 33.2% heroína, 16% metanfetamina y 8.3% Crocodile o krokodil, entre otras sustancias como cocaína, barbitúricos y otras sustancias. Además, sobre las sobredosis, 89% de los usuarios de heroína expresaron experimentarla, 89.7% usuarios de metanfetamina, 63.9% consumidores de fentanilo y 34% de las personas que usaban China White (CONASAMA, 2024a).

La Secretaría de Salud (2019) afirma que el consumo de drogas es un problema de salud pública y reconoce que la situación de drogas en México, tanto en oferta como demanda, está ligada a condiciones económicas, culturales, sociales e históricas que han predominado en nuestro país. Establece que las políticas de drogas están basadas en tres principios: enfoque de salud pública; prevención y reducción del daño asociado al fenómeno de las drogas; contención y disuasión de la producción, tránsito y distribución de las drogas. En 2022 se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) como un esfuerzo por consolidar una nueva visión que relacione la salud mental y el consumo de sustancias para intervenir en ellos en conjunto (CONASAMA, 2024b).

Por otro lado, Elementa Derechos Humanos (2024) es una organización que ha documentado el desarrollo de campañas en los medios de comunicación basadas en el estigma, la abstinencia, el racismo y clasismo. Además, refieren que la cancelación de la ENCODAT en 2022, generó vacíos de datos sobre las cifras y dinámicas de uso de sustancias, en su lugar se anunció el levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud Mental y Adicciones (ENASAMA). Sin embargo, en 2022 fue aprobada una reforma en materia de salud mental que obligó al país a transitar de un modelo clínico asilar a uno que privilegia el modelo comunitario y la atención en el primer nivel.

La creación de CONASAMA significó la fusión de Servicios de Atención Psiquiátrica, del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental y al Comisión Nacional contra las Adicciones; además conlleva la creación de los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA). Para Elementa Derechos Humanos (2024) es una oportunidad para la integración de consumos problemáticos en el sistema de salud mental y un avance en el reconocimiento de los derechos de las personas usuarias de sustancias en México. Por su parte, CONASAMA (2024b) reconoce la necesidad de avanzar hacia un ámbito normativo que fortalezca el uso de sustancias como un asunto de salud pública y no de seguridad a fin de erradicar estigmas relacionados al consumo.

Este panorama permite pensar el marco general en el que se establecen las políticas de drogas actualmente en México. Un elemento importante, es el recorte de financiamiento a organizaciones de la sociedad civil en 2019, entre ellas, las organizaciones civiles de reducción de daños, lo que ha obligado a disminuir estos servicios en el país (HRI, 2020). Aunque en planes y programas se señala el fortalecimiento de intervenciones de reducción de daños (Plan Anual de Trabajo, CONADIC 2021; Informe sobre la situación de drogas en México, Secretaría de Salud, 2019). En la práctica, no hay mecanismos que obliguen a las entidades a realizar estas actividades, tampoco existe presupuesto específico destinado a implementar programas o proyectos dirigidos a la promoción de la salud de las personas que usan sustancias o que quieran dejar de usarlas (Ospina-Escobar, 2019).

Por otro lado, se ha documentado el desabasto de metadona que, “es el único medicamento disponible en México para tratar los síntomas del síndrome de abstinencia a opioides” (Ospina-Escobar, 2019, parr. 2). Lo que ha llevado a muchas personas adheridas a estos programas a consumir heroína nuevamente para tratar los síntomas de la abstinencia (Viña, 2023). El cierre progresivo de clínicas que ofrecen este medicamento, ha impedido

cualquier tipo de seguimiento a las personas que estaban en tratamiento (Ospina-Escobar, 2019). O también, puede elevar el riesgo de sufrir sobredosis fatales, por lo que se debe garantizar la disponibilidad de metadona (Elementa Derechos Humanos, 2024).

El cierre de las clínicas de metadona y la falta de apoyo hacia las intervenciones de reducción de daños desde las organizaciones civiles, debilitan la posibilidad de acceder e incidir directamente con las poblaciones usuarias de sustancias inyectables. Las instituciones del Estado se encuentran desarticuladas con el trabajo comunitario que realizan las organizaciones civiles y reconocen que “actualmente no existe un sistema de información que logre captar las diferentes acciones preventivas que desarrollan organizaciones de la sociedad civil e instituciones privadas” (Secretaría de Salud, 2019, p. 42).

Además, el país ha atravesado por continuas crisis de violencia e inseguridad, por lo que el gobierno federal del periodo 2018-2024, decidió en 2019 crear la Guardia Nacional como estrategia para “salvaguardar la vida, las libertades, la integridad y el patrimonio de las personas, así como para contribuir a la generación y preservación del orden público y la paz social” (Hernández y Romero, 2019, p. 96). Sin embargo, el gobierno federal no contó con la aprobación de organizaciones de la sociedad civil en México, ni de organismos internacionales como Amnistía Internacional por considerar que profundiza la militarización y propicia una débil rendición de cuentas, además que no ofrece la certeza de que tenga la capacidad de resolver los problemas de violencia, seguridad e impunidad (Amnistía Internacional, 2018).

La asignación de recursos se ha centrado en la militarización de las calles de todo el país y la asignación de bajos presupuestos a intervenciones comunitarias, lo que deja vacíos en la atención al uso de sustancias desde la perspectiva de salud, quedando rezagada tanto institucional como presupuestalmente (Atuesta, 2014). Los esfuerzos se han centrado en la

abstinencia como la solución al consumo de sustancias, dejando a las personas usuarias sin apoyo para lograr adherencia a tratamientos, acceso a insumos, ni servicios de salud (Ospina-Escobar, 2019).

Desde 2022, Colombia ha liderado los cambios en el paradigma de las políticas de drogas en América Latina y su tránsito hacia un enfoque de salud pública, derechos humanos y consolidación de la paz (Gobierno de Colombia, 2023). Otro hecho coyuntural, es el reciente fallo de la Commission on Narcotic Drugs (CND) que reconoce la reducción de riesgos y daños como una respuesta eficiente a la crisis de sobredosis, que resulta histórico, pues no se había aprobado ninguna resolución que incluyera el concepto de reducción de daños (Ferraris, 2024). Esta resolución representa un hito en el compromiso político por configurar políticas de drogas enfocadas en la salud pública (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2024). En este contexto, se plantea que las políticas de drogas actuales, a nivel internacional y nacional, se encuentran en un momento decisivo para buscar distintas formas de atender el tema de las drogas.

Mujeres que se inyectan drogas (MID)

En términos generales, el consumo de sustancias inyectables, según el Informe del estado global de reducción de daños (HRI, 2020) se estiman alrededor de 11.3 millones de personas que consumen drogas inyectables a nivel mundial, y que hay una prevalencia de 12.6% de VIH y 48.5% de Hepatitis C; además que el 85% de las personas que consumen opioides en el mundo son hombres (UNODC, 2022). En México, Medina Mora (2019) explica que en el caso de la heroína específicamente, se reporta consumo en 30 estados de la república y que hay mayor prevalencia en la frontera norte. La autora reconoce que es un fenómeno

binacional, cuyos consumidores pueden provenir de Estados Unidos, ya sea que hayan nacido o vivido en aquel país o hayan sido deportados a México; también identifica aumento en el consumo en el país, en un momento de repunte en Estados Unidos.

Asimismo, identifica una tendencia de consumo en la mezcla entre heroína, cocaína y/o cristal, cuyos efectos son más fuertes para la salud de las personas consumidoras, tal es el caso del fentanilo, que ha incrementado las muertes por sobredosis (Medina Mora, 2019). La presencia de fentanilo, sobre todo en la zona norte del país, ha generado alerta en México. Aunque el impacto es menor, en comparación con Estados Unidos o Canadá, ha tenido un crecimiento sostenido, desde 2017 se identificaron los primeros casos de consumo de esta sustancia (CONASAMA, 2024a). Si bien, en 2022 se encontró que 6.1% de personas solicitaron atención en centros de tratamiento no gubernamentales fue por el uso de sustancias inyectables, se observa un decremento de 52% con relación a 2021, de estos, más de la mitad (57%) manifestó el uso compartido de jeringas alguna vez (CONASAMA, 2024b).

Usuarios de fentanilo pasaron de desconocer que lo consumían, a tener mayor noción de su presencia en sustancias como heroína y metanfetamina, su consumo se relaciona con la falta de otras opciones de consumo relacionados a los opioides (CONASAMA, 2024a). Por su parte, el Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México (Secretaría de Salud, 2019) estima que alrededor de 6,305 PID viven con VIH, y la prevalencia de VIH entre PIDs es de 3.3 y 81.6% con Hepatitis C. De la misma forma, Fleiz-Bautista et al (2019) señalan que, si bien el uso de drogas inyectables es menor al consumo de otras sustancias como el alcohol o la mariguana, lo que ocurre con estas sustancias es que los efectos de salud derivados de su uso van más allá de los trastornos por consumo, incluyen: deterioro físico,

lesiones por uso inadecuado de jeringas, la transmisión de Hepatitis C y VIH y otras infecciones de transmisión sexual o, señalan también, las muertes por sobredosis.

Algunos factores socioeconómicos relacionados al consumo de sustancias inyectables y fentanilo, tienen que ver con desigualdades socioeconómicas, desempleo y precariedad laboral, acceso limitado a servicios de salud, estigma y falta de apoyo social (CONASAMA, 2024a). Fleiz Bautista et al (2019) revelan que el escenario para las PID se caracteriza por la discriminación, desigualdad social, pobre cobertura de atención, falta de acceso a programas de tratamiento para uso problemático de sustancias, miedo a la violencia, riesgo de adquirir VIH o hepatitis C, derivado de las condiciones de marginación en las que se encuentran.

Algunos datos sobre la población inyectora, que incluye hombres y mujeres, según Fleiz Bautista et al (2019) son: en términos de escolaridad, el 26.7% estudió hasta la primaria, el 42.5% la secundaria y solo el 3.7% la universidad; su principal fuente de ingreso es a través del empleo informal (39.5%) como albañilería, lavar carros, venta de dulces; solo el 26.7% trabaja en un empleo formal; otros mencionaron trabajar en la venta de drogas (4.7%), trabajo sexual (2.2%) y otras fuentes ilegales (7.8%). Otra característica, es que cambian constantemente de lugar de vivienda, reportando comúnmente haber vivido en centros de internamiento (91%); en la casa o departamento de padres (53.4%); en casas abandonadas como *picaderos*, *yongos* o *tapias* (43.7%); cuarto de renta (hotel o vivienda) (39.2%); en calles, lotes o puentes (34.6%); en centros penitenciarios (32%); así como en compuertas (9.1%); panteones (9.1%); iglesias (6.8%) y en centrales camioneras (6.1%).

Estos permiten repensar la condición de las personas que se inyectan drogas, al sobrevivir con empleos informales, sin prestaciones o seguridad social, encuentran dificultad para tener un lugar estable para vivir, con posibilidades limitadas para acceder a mejores

condiciones de vida. Además, Ovalle (2009) explica que el estigma que recae sobre muchos de ellos, especialmente quienes habitan en calle o sin un lugar estable de vivienda, conlleva que sistemáticamente le sean negados servicios médicos en hospitales o que teman ser arrestados, pues viven cotidianamente el acoso policiaco. Otro aspecto que señala puede agravar su condición, son las consecuencias derivadas del consumo, ante la dificultad de acceder a servicios de salud y en ocasiones de conseguir jeringas e insumos, es común la presencia de *cuerazos*⁴ que si no son atendidos a tiempo pueden complicar su condición de salud, quienes se inyectan en *yongos*⁵ o *picaderos* tienen posibilidades de compartir jeringas si no logran conseguir material nuevo esterilizado, lo que propicia el contagio de Hepatitis C o VIH.

Aunado a factores como el género, las personas consumidoras de drogas inyectables se enfrentan a condiciones de riesgo que vulneran su salud. Aunque en las prácticas de consumo y formas de vida de PIDs prevalecen rasgos asociados a la masculinidad hegemónica como la creencia en algunos hombres de ser “el sexo fuerte” y evitar atender *cuerazos* o los daños asociados al consumo, también se ha encontrado que es común que compartan jeringas como una forma de mostrar lealtad al grupo, mostrar comportamientos no saludables para reforzar su virilidad o evitar sentir o mostrar debilidad, lo que puede ponerlos en desventaja frente a sus pares femeninas (Ovalle et al, 2011).

Para las mujeres consumidoras, este escenario se recrudece doblemente, por contraponerse al “comportamiento femenino” y por su relación con la ilegalidad (Esquivel, Ortiz y Ortiz, 2012). El género es condicionante en la experiencia de consumo, factores biológicos y sociales convergen para incrementar los daños y riesgos del uso de sustancias

⁴ Abscesos ocasionados por la técnica incorrecta de inyección.

⁵ Lugares utilizados por personas consumidoras de sustancias psicoactivas para realizar el consumo.

(Pinkham y Manilowska, 2008). Para las mujeres que se inyectan drogas (en adelante MID), los efectos del consumo derivan en consecuencias jurídicas, médicas, económicas y sociales, intersectada a su vez, por factores como la pobreza y criminalización (International AIDS Society [IAS], 2019).

Durante la etapa de iniciación de inyección, las mujeres pueden verse influenciadas por sus parejas o su grupo social, incluso ser las segundas en utilizar la jeringa, ya sea por no saber inyectarse solas o para evitar la abstinencia, lo que las mantendría en desventaja frente a sus pares masculinos, y ser más propensas a adquirir VIH y Hepatitis C (IAS, 2019). Además de las altas tasas de violencia de género (IAS, 2019), se ha documentado que hay mayor vulnerabilidad hacia el VIH y otras enfermedades para las mujeres que para sus pares masculinos, con una prevalencia de 10.2% en mujeres y 3.4% en hombres inyectores. Además, según Ospina-Escobar (2019) esta vulnerabilidad se asocia con factores sociodemográficos como la migración, la escolaridad, ocupación y el ingreso menor a mujeres. Conjugado con ambientes de riesgo que se relacionan con la disponibilidad de jeringas, prácticas policiales, trabajo sexual y dinámicas de iniciación de inyección.

Por su parte, Roberts, Mathers y Degenhardt (2010) han documentado que existen varias características personales y del contexto que se relacionan con el inicio de uso de sustancias inyectables, aunque no son determinantes, pueden influir: la historia de uso de sustancias no inyectables, historial de abuso sexual, exposición a trauma y violencias, participación en trabajo sexual, redes sociales que incluyen usuarios de sustancias inyectables, historia familiar de abuso de sustancias. Estas condiciones se complejizan en contextos de desventaja social, como bajo nivel socioeconómico, falta de vivienda, o antecedentes de encarcelamiento.

Frontline Aids (2020) encuentra que, al revelarse a las normas de género como madres y cuidadoras, las MID enfrentan el estigma y experimentan un rango específico de daños. Estos se relacionan con: dificultad para acceder a métodos anticonceptivos, 69% de estas mujeres no cuentan con acceso a algún método, por las barreras del mismo sistema de salud, lo que conduce a altas tasas de embarazo y aborto, así como acceso limitado a cuidados pre y post natales, también tienen dificultades para acceder a tratamientos antirretrovirales; las MID y las mujeres trans que realizan trabajo sexual son especialmente vulnerables a vivir violencia de género; sobreviven en altos niveles de estigma y discriminación. Esta organización documenta que estas mujeres, han experimentado esterilizaciones, abortos forzados o bajo coacción, así como la separación de sus hijos ante el estigma de ser mujeres consumidoras. Esta violación sistemática de sus derechos, se experimentan en miedo a vivir estas situaciones, por lo que evitan solicitar y/o acudir a los servicios públicos de salud.

Por su parte, Ospina-Escobar (2020) documenta historias de violencia sexual y reproductiva con MID al norte de México, explica que el género opera como un dispositivo que moldea formas de ser, lo que en el consumo de sustancias constituye una transgresión al orden social, que recae con mayor peso sobre las mujeres. Sus trayectorias de vida están permeadas por relaciones sexuales tempranas enmarcada en condiciones estructurales de desigualdad y violencia, situaciones de violencia durante la etapa del embarazo, violencia obstétrica legitimada bajo la afirmación de que son mujeres incapaces de ser madres, acceso deficiente a servicios e información sobre salud sexual y reproductiva y violencia que, en su conjunto expresan la compleja violencia institucional que viven. Una de las características de estas mujeres son las condiciones de pobreza y exclusión social a lo largo de su vida, lo que urge considerar la perspectiva de género en la atención de servicios de uso problemático de sustancias.

Lo anterior es confirmado a través de Martínez-Reynoso (2020) quien reflexiona sobre la predominancia de la perspectiva médico-epidemiológica en los estudios sobre el uso de sustancias. Centra su discusión en visibilizar la persistencia de la violencia obstétrica hacia las MID por parte del personal de salud. Reflexiona sobre sus condiciones y hace énfasis en la necesidad de sensibilizar al personal en este tema, y también en la reducción de daños, con el fin de combatir el estigma y discriminación. La autora concluye que es necesario cuestionar que el fin único para una persona que consume sustancias, no necesariamente es el prohibicionismo o dejar de consumir, sino reducir los riesgos y daños asociados a este último.

Sumado a las desigualdades anteriores, el Informe Global sobre las drogas (UNODC, 2018) señala que la proporción de mujeres encarceladas por delitos de drogas es de 35%, con un porcentaje de 19% mayor con relación a los hombres. Además, encuentra que tienen menos acceso que sus pares hombres a intervenciones de gestión de sobredosis, tratamientos de drogodependencia o de metadona, servicios de atención para tratar el consumo de drogas y otras afecciones y necesidades de salud sexual y reproductiva, además de recibir menos atención para regresar con sus familias y reintegrarse a la sociedad, enfrentándose al doble estigma de su género y condición de exreclusas.

Ante estas complejas situaciones, existen algunas intervenciones con MID, cuyo objetivo es mejorar la atención. El British Columbia Centre on Substance Use (2018) en Canadá ofrece una guía para el manejo clínico de desorden por consumo de opiáceos durante el embarazo. Reconoce que los conceptos erróneos que persisten sobre las mujeres embarazadas que usan sustancias constituyen una barrera principal para el acceso a tratamiento. Hace hincapié en la necesidad de mantener un enfoque sin prejuicios, que considere las elecciones y circunstancias individuales de quien solicita tratamiento.

Recomiendan un tratamiento holístico e integral que acerque distintas opciones de tratamiento y servicios de reducción de daños.

La Asociación para los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo, por sus siglas en inglés, (AWID, 2019) es una organización feminista internacional que brinda apoyo a movimientos que trabajan por la justicia de género y derechos de las mujeres. Han trabajado para documentar el proceso de fortalecimiento y construcción de confianza con/entre mujeres y mujeres trans que usan sustancias y que trabajan reducción de daños y políticas de drogas. Relatan procesos organizativos entre organizaciones como EHRA (Eurasian Harm Reduction Association) y Metzineres, encontrando que es urgente que los movimientos feministas desarrollen conocimientos sobre aspectos raciales, de género y de clase en los análisis de políticas de drogas, criminalización y estigma.

La Declaración de Barcelona “Mujeres resistiendo la guerra contra las drogas” (Knowmad Institute, 2019) hace un llamado a la afectación desproporcionada de mujeres racializadas, jóvenes y mujeres en situación de exclusión y pobreza en la guerra contra las drogas. Visibiliza las desigualdades en el acceso a tratamiento y servicios de atención, la prevalencia al VIH y hepatitis C, la violencia estructural, el encarcelamiento y detenciones forzadas que afectan en mayor medida a mujeres en condiciones de vulnerabilidad. Proponen el fortalecimiento de un feminismo interseccional que integre enfoques inclusivos que reclamen la soberanía de los cuerpos de las personas usuarias, para lo cual es necesario la construcción de redes desde la base hasta lo global.

En el caso latinoamericano, la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM, 2014) establece un panorama general de la situación de las mujeres y uso de sustancias en varios países de América y América Latina. Documentan que las políticas prohibicionistas han tenido consecuencias sociales y económicas negativas, que han conducido a la violación de

derechos humanos. Por ello, establecen que es esencial conocer el alcance de la participación de las mujeres en este panorama y las consecuencias de las relaciones de género desiguales, por lo que es indispensable obtener información que pueda conducir hacia políticas de drogas con la perspectiva de género y de derechos humanos.

En conjunto, factores como la discriminación por parte de prestadores de salud, el estigma social, la preponderancia de programas de tratamientos de usos de sustancias y de reducción de daños dirigidos a hombres, la ausencia de servicios de salud sexual y reproductiva (Pinkham y Manilowska, 2008) operan como condicionantes en el acceso a servicios de salud y atención para las mujeres que consumen drogas inyectables situándolas en alto grado de marginación y las expone a distintas vulnerabilidades. Romo (2006) explica que el significado o realidad social sobre el uso de cualquier sustancia se encuentra en el contexto, la consecuencia es que la realidad sobre su uso es reflejo de una percepción cultural. Plantea que la comprensión del contexto sociocultural supone incluir la situación social, político-económica y que dé prioridad a las experiencias y voces de las y los usuarios.

Si bien, es basta la evidencia sobre la condición de PIDs en el contexto fronterizo, estas poblaciones se mantienen ocultas por la dificultad de acceder a los lugares donde se encuentran (Diazconti, 2006). Se refleja la escasez de acceso a tratamiento, la dificultad para obtener servicios de salud, además de la necesidad de sensibilizar a autoridades y proveedores de salud y policiacos (Cornejo, Carreón, Denman y Castro, 2009). Así como incorporar la perspectiva sociocultural en el diseño de programas de intervención (Ospina-Escobar, 2016) y la influencia del contexto como factor de riesgo (González-Nieto, 2020). Las narrativas y discursos sobre las mujeres que utilizan drogas ilegales han legitimado la medicalización, criminalización y culpabilización de los usos femeninos de drogas (Jiménez y Guzmán, 2012), lo que ha reforzado su invisibilización (Romo, 2010).

Preguntas de investigación

Pregunta general

¿Cuál es la relación entre las intervenciones de reducción de daños y las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas que favorecen la promoción de la salud desde el contexto comunitario del trabajo de una organización civil en Mexicali Baja California?

Preguntas específicas

¿Cuáles son las características y cómo se implementa el programa de reducción de daños con mujeres que se inyectan drogas?

¿Cuáles son las prácticas de autoatención que han adoptado mujeres que se inyectan drogas que solicitan servicios de reducción de daños?

¿Cómo se relacionan las intervenciones de reducción de daños con las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas en el contexto comunitario de una organización civil en Mexicali Baja California desde la promoción de la salud?

Justificación

Históricamente, la frontera norte de México ha sido considerada como un espacio de tránsito de sustancias ilegales hacia los Estados Unidos; sin embargo, esto se ha modificado, dado que estas sustancias ya no solo “pasan” por la frontera, también se quedan, lo que aumenta el número de personas que las consumen. Los cambios en las dinámicas de consumo evidencian la incorporación del fentanilo, sobre todo en la región fronteriza. Ante este

panorama surge la necesidad de documentar qué está pasando con las poblaciones y comunidades consumidoras de sustancias, en este caso, las mujeres que consumen sustancias inyectables, quienes han permanecido al margen de los programas e intervenciones de atención y tratamiento.

Comprender el tema de uso de sustancias psicoactivas desde distintas perspectivas, permitiría abonar en la generación de evidencia para implementar programas de prevención, atención y tratamientos más adecuados a las mujeres y las poblaciones consumidoras. La reducción de daños con enfoque comunitario, surge como una estrategia que parte de que, el consumo de sustancias ocurre y seguirá ocurriendo, por lo que intervienen en la prevención y atención de los daños derivados por el consumo y los efectos de las políticas de drogas actuales.

Estas intervenciones comunitarias se ubican en el contexto donde está la población, lo que permite identificar sus características y necesidades específicas, su entorno y dinámicas. Hersch (2013) desde la epidemiología sociocultural plantea la categoría de daño evitable, que supondría “derivar en intervenciones de control de riesgo o limitación de daño, pero también reflexionar sobre cómo las percepciones populares sobre la vulnerabilidad se relacionan con la producción de saberes respecto al riesgo y el diseño de políticas integrales destinadas a su reducción” (p. 513).

En este sentido, este trabajo se propone profundizar en la relación de las intervenciones de reducción de daños en contextos comunitarios y las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas; quienes, además se enfrentan al doble estigma de contraponerse a los roles impuestos de género y la relación que mantienen con la ilegalidad, esto agudiza su condición de vulnerabilidad y les impide acceder a servicios. Se puede decir que, el contexto donde ocurre el consumo influye en los daños que produce, por

lo que, en un medio en el que prevalecen las intervenciones enfocadas en la prohibición y el control de las drogas por sobre la salud, es importante generar estrategias de intervención y atención respaldadas en la salud pública y los derechos humanos.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre las intervenciones de reducción de daños y las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas que favorecen el trabajo comunitario de promoción de la salud del trabajo comunitario de una organización civil en Mexicali, Baja California.

Objetivos específicos

- Describir las características del programa de reducción de daños y cuáles son las intervenciones comunitarias que se realizan con mujeres que se inyectan drogas.
- Analizar las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas que solicitan servicios de reducción de daños en una organización civil en Mexicali.
- Analizar la relación entre las intervenciones de reducción de daños como estrategia de promoción de la salud y las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas en Mexicali Baja California.

CAPÍTULO II: La reducción de riesgos y daños

*Mi consumo de drogas
es un acto de rebeldía
ante la inevitabilidad de la muerte,
una afirmación de que,
a pesar de la transitoriedad de la existencia,
puedo encontrar valor y
trascender en las cosas que me rodean*

Francesca Brivio,
directora de servicios de reducción de riesgos
y gestión del placer Proyecto Soma.

La reducción de daños es una perspectiva que para muchos puede causar controversia, pues admite que una persona puede consumir sustancias y adoptar medidas para disminuir los riesgos y daños de su uso. Aunque desde el prohibicionismo se busca eliminar las drogas porque “son malas” y hacen daño a la gente, desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños se plantea que las drogas han existido, existen y seguirán existiendo, así como su consumo. Caleta Sur (2003) señala que uno de los aportes principales de las estrategias de reducción de daños es que asume a la persona usuaria de sustancias como sujeta de derechos, es decir, deja de ser pasiva a lo que ocurre a su alrededor y con su consumo, independientemente si sigue consumiendo o no. Menéndez (2012) afirma que, el desarrollo de actividades de reducción de daños es una de las expresiones más notorias del fracaso prohibicionista. A continuación, se presentan algunos antecedentes de la reducción de daños, los principios, intervenciones y algunas experiencias, sobre todo en México y América Latina.

Antecedentes de la reducción de daños

Aunque no hay una definición concreta sobre qué es la reducción de daños, se relaciona con la disminución de las consecuencias adversas del uso de sustancias psicoactivas. Según el Harm Reduction International (HRI, 2021) la reducción de daños se refiere a políticas, programas y prácticas que tienen como fin minimizar los impactos negativos en salud, sociales y legales asociados al uso de drogas, las políticas de drogas y las leyes sobre drogas. Estas estrategias se basan en la justicia y derechos humanos buscando no juzgar, coaccionar, discriminar o exigirle a una persona que deje de consumir. Surge con la intención de prevenir, atender y acercar servicios de salud a poblaciones usuarias de drogas. Una característica de la reducción de daños es que pone en el centro a la persona y no a las sustancias.

Roe (2005) documenta que algunos de los antecedentes de la reducción de daños datan desde los años 60's y 70's cuando activistas, trabajadores, médicos y personas encargadas de la política pública se oponían a la represión hacia usuarios de drogas; este autor explica que en los 80's surgen términos como 'reducción de riesgo', 'reducción de daño' y 'minimización del riesgo' y se asociaba principalmente a la prevención de VIH/Sida entre usuarios de drogas inyectables, pero también al tratamiento de adicciones. Según describe este autor, la historia nace en Holanda en la década de 1970 cuando el gobierno recomienda a la policía y la corte evaluar la estricta aplicación de la ley en delitos menores relacionados con drogas, relacionándolo con lo que sea mejor para la sociedad y el individuo involucrado.

Por otro lado, O'Hare (2007) identifica que Liverpool, Reino Unido en los años 80 se convirtió en foco rojo por los altos índices de consumo de heroína. En 1985 en la Conferencia Mundial de Educación en Salud en Dublín un grupo de trabajadores en salud de Reino Unido y Estados Unidos intercambiaron experiencias sobre la atención en prevención de VIH y

salud pública en atención a personas que usan drogas, en especial personas inyectoras, por lo que posteriormente dio lugar al “Mersey Harm Reduction Model”. Esto facilitó la implementación de un enfoque de reducción de daños en esta región, especialmente para prevenir el VIH a través del intercambio de jeringas con personas que se inyectan drogas. Este tenía la característica de involucrar al consumidor proporcionándole información sobre uso de sustancias y cómo protegerse; así se documenta que el programa de intercambio de jeringas como medida para combatir la transmisión de VIH en PIDS comienza en 1984 en Holanda y en 1986 en Reino Unido.

En Canadá en la década de 1990, funcionarios de salud y personas encargadas de la política pública comenzaron a buscar alternativas para atender la propagación de VIH/SIDA, trabajaron con activistas, abogados y miembros de las comunidades afectadas (principalmente personas que se inyectan drogas y trabajadoras sexuales), admitiendo que tienen necesidades médicas específicas que no pueden permanecer aisladas o ignoradas, este esfuerzo eventualmente, conllevó a la modificación de leyes de drogas en este país (Roe, 2005).

En Estados Unidos los programas de intercambio de jeringas con personas que se inyectan drogas comenzaron a principios de los 1980 como una práctica aparentemente ilegal llevada a cabo principalmente por organizaciones comunitarias y usuarios de drogas, en un ambiente político y social que estigmatizaba a las personas usuarias de sustancias. Se documenta que en 1988 el Congreso continuó prohibiendo el uso de fondos federales para el intercambio de jeringas, hasta noviembre de 2007 los Centros de Control de Enfermedades (CDC) enumeraron la existencia de 185 programas de intercambio de jeringas, incluyendo el Distrito de Columbia y Puerto Rico. Estos programas fueron desarrollados por organizaciones no gubernamentales, bajo la supervisión de departamentos de salud locales y

estatales (McLean, 2011). Lane et al (2000) señalan que en los años 90 los programas de intercambio de jeringas operaban en al menos dos docenas de países en Norte América, Europa y Asia.

Las políticas de reducción de daños se aplican con buenos resultados en Europa, Estados Unidos, Australia y algunos países de Asia, desde al menos veinte años. En América Latina, Brasil es el único país con políticas oficiales de reducción de daños (Caleta Sur, 2003) y a inicios de la década de 2020, Colombia ha fortalecido la implementación de políticas de drogas con enfoque de salud pública y derechos humanos (Gobierno de Colombia, 2023). En México, las primeras intervenciones de reducción de daños se registran entre 1985 y 1986, en Ciudad Juárez, Chihuahua ubicada en la frontera norte de México, se centraron principalmente en la prevención y atención del VIH/SIDA con poblaciones consumidoras de sustancias inyectables y personas que ejercían el trabajo sexual (Ospina-Escobar, 2022).

Principios de la reducción de daños

Desde la reducción de daños, hay un cuestionamiento directo a las intervenciones desde el prohibicionismo y se plantea que la criminalización refuerza el estigma sobre el uso de sustancias. Según Riley y O'Hare (2000) algunos de sus principios son:

1. es **pragmático**, es decir, acepta que el uso de sustancias existe y seguirá existiendo por lo que no busca la eliminación de las sustancias sino disminuir los daños asociados al consumo;
2. tiene un **enfoque basado en derechos humanos**, es decir, debe respetarse la dignidad y derechos de las personas consumidoras;

3. **enfoque en los daños**, relacionados a lo social, económico o la multitud de factores que afectan lo individual, comunitario y social, dando prioridad a las consecuencias derivadas del consumo;
4. **balance de costos y beneficios** de las intervenciones con el fin de concentrar recursos en temas prioritarios;
5. **jerarquizar metas**, es decir, tratar de concentrarse en metas inmediatas y realistas como primer paso para el consumo sin riesgos.

Por otro lado, el Harm Reduction International⁶ (2020) plantea que la reducción de daños tiene como principios: el respeto a los derechos humanos de las personas que usan sustancias; compromiso con la evidencia que muestra que las intervenciones son factibles, efectivas y seguras en diversos contextos sociales culturales y económicos que generan un impacto positivo en la salud individual y comunitaria; compromiso con la justicia social y la colaboración con redes de personas consumidoras, con el fin de tratar de evitar la discriminación, y garantizar la inclusión de todas las personas que consumen sustancias sin importar su raza, género, condición social, orientación sexual o trabajo que realiza; evitar el estigma, respetando a las personas en su autonomía, facilitar el acceso a servicios sociales y de salud.

Por su parte, el International Drug Policy Consortium (IDCP, 2021) reporta que el término reducción de daños tiene fundamentos en la salud pública y los derechos humanos, mantiene un enfoque pragmático, sin juicios morales para atender los problemas relacionados con el uso de sustancias. Reconoce que las políticas de drogas no solo tienen por objetivo los

⁶ Es una organización no gubernamental con estatus consultivo especial en el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que nace en la primer Conferencia Internacional de la Reducción de Daños relacionada al uso de drogas en Liverpool, Inglaterra en 1990.

mercados de drogas y el consumo, por lo que considera que las personas y comunidad reciban información y tengan herramientas para limitar los riesgos relacionados con el consumo de drogas. Este organismo plantea también que, este programa tiene respaldo de agencias internacionales que dan asistencia técnica y financiera a gobiernos y sociedad civil para impulsar iniciativas en el mundo, entre ellas están ONUSIDA y Consejo de Derechos Humanos.

A su vez, este organismo, que es una red mundial integrada por 192 organizaciones no gubernamentales especializada en cuestiones relacionadas al uso y producción de drogas fiscalizadas (IDCP, 2021) señala que en el marco de la Comisión de Estupefacientes de la ONU en 2009 fue omitido el concepto de reducción de daños en la Nueva Declaratoria Política sobre Drogas de la década, aun cuando 26 países se manifestaron en desacuerdo por esta omisión, en 2010 volvió a ser rechazado.

Los principios de reducción de daños desde estos organismos muestran una progresión en cuanto al enfoque de los programas y sus características, pues sienta las bases del respeto a los derechos humanos y mejorar la salud pública. Recientemente se plantea reconocer las características específicas de las poblaciones a quienes se dirige y el contexto en el que se encuentran. Inciardi y Harrison (2000) señalan que la reducción de daños incluye una amplia variedad de programas y políticas, que abarcan:

- *Abogacía para cambios en las políticas de drogas*: legalización, despenalización, fin del prohibicionismo, cambios de leyes en la parafernalia de uso, reducción de sanciones de delitos relacionados con drogas y tratamientos alternativos de encarcelamiento.

- *Intervenciones relacionadas al VIH/SIDA*: programas de intercambio de jeringas, programas de prevención e intervención de VIH, pruebas de VIH e ITS y vinculación a unidades de atención, además de la vinculación a programas de atención psicosocial.
- *Ampliación de opciones de tratamiento de uso de opiáceos*: médicos de atención primaria de metadona, cambios en las regulaciones de la metadona, programas de sustitución de heroína y la incorporación de nuevos programas experimentales.
- *Manejo de uso de sustancias para quienes prefieren continuar usándolas*: consejería y programas de manejo de casos clínicos que promuevan el uso seguro y responsable de drogas.
- *Intervenciones auxiliares*: vivienda y otros derechos, centros de atención en salud, apoyo y abogacía.

Wolfe y Csete (2015) reportan que la reducción de daños “emergió como un principio rector par programas de salud a partir de dos convenciones de la ONU sobre drogas – la de 1961 y la de 1971” (p. 3), en la de 1988 no se menciona, sin embargo, este organismo ha reafirmado la reducción de daños en varios espacios, sobre todo como frente en la lucha contra el VIH, tal como queda asentado en la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA en 2001. Otros organismos como la ONU, ONUSIDA y UNODC también han reafirmado la importancia de estas intervenciones.

En 2019 se plantea una ruptura en el Consenso de Vienna con el argumento de que hay una urgencia de reemplazar la prohibición de las sustancias y avanzar hacia políticas más inteligentes y eficaces (Pereira, 2019). El Informe Sombra presentado por el Consorcio Internacional de Políticas de Drogas (IDPC, 2023) señala que no se han cumplido los

compromisos y objetivos establecidos en la Declaración Política y el Plan de Acción de 2009, ocasionando políticas contraproducentes, por lo que deberían plantearse objetivos y metas más significativos y en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, insta a los Estados miembros a reflexionar sobre los impactos del control de drogas y señala la necesidad de debates sobre políticas de drogas que reflejen las realidades de los contextos, así como poner fin a los enfoques punitivos de control de drogas.

En 2024, el fallo en la CND se marca como un momento coyuntural en las políticas de drogas actuales y el reconocimiento de la reducción de daños como una estrategia enfocada en los derechos humanos y la justicia social. El hecho de que Colombia, un país latinoamericano, que ha resentido especialmente los estragos de la guerra contra las drogas, sea líder en estas discusiones, marca un hito en el cambio de paradigma hacia políticas de drogas que prioricen la salud pública e intervenciones basadas en evidencia (Cancillería de Colombia, 2024).

Reducción de daños en el contexto latinoamericano

Las experiencias de reducción de daños en América Latina y México se dan en un escenario político, social y económico permeado por las consecuencias de la denominada “guerra contra las drogas”, que como se ha mencionado anteriormente, ha estado marcada por el aumento de desigualdades y violencia exacerbada, con efectos directos hacia las poblaciones en mayor vulnerabilidad; además que, no han logrado combatir el tráfico y consumo de sustancias.

La Red Iberoamericana de ONG que Trabajan con Drogas y Adicciones (RIOD, 2018) plantean que América Latina en un escenario cambiante, surge el enfoque de reducción

de daños a finales de la década de 1980, en medio de procesos de transición democrática en algunos países y la implementación del neoliberalismo. Dan a conocer que, desde este panorama, se comprenden los usos de drogas y las personas que las usan, así como el impacto que han tenido las políticas de drogas y leyes sobre las personas y sus comunidades. Cuestiona el estigma y expone que las prácticas represivas alejan a las personas de los servicios de atención, acentuando las desigualdades, por lo que, la reducción de daños se ha convertido en una práctica de justicia social, que atiende a través de intervenciones socio-sanitarias, pero aborda la complejidad de factores presentes en el medio de las personas que consumen, especialmente en sectores vulnerables.

Por su parte, Youth Rise (2021), es una red internacional dirigida por jóvenes que busca reducir riesgos y daños asociados al consumo y las políticas de drogas, cuestiona que la reducción de daños proviene del norte global y se centra en drogas inyectables, opiáceos y salud sexual y reproductiva. Proponen el enfoque de reducción de daños de espectro completo que según presentan, incluye el uso de drogas no inyectables, así como las características de las personas que consumen en el sur global y los problemas que enfrentan derivados del contexto en que se ubican.

Otra característica de la implementación del programa de reducción de daños en el contexto latinoamericano es la diferenciación que se hace entre la reducción de daños y reducción de riesgos que, aunque suenan similar poseen algunas especificidades que las distinguen entre sí. La reducción de daños, aunque no hay una definición única para explicarla, tiene que ver con reducir daños asociados al consumo, no busca la eliminación del uso de sustancias ilegalizadas, sino minimizar su impacto tanto en la salud como en las consecuencias sociales y económicas (RIOD, 2018). La reducción del riesgo implica que el uso de drogas se debe analizar como parte de procesos que se construyen y definen de manera

individual y social (Menéndez, 2012), en este sentido, la reducción del riesgo es más cercana a la prevención pues opera sobre la probabilidad de que acontezca un daño (RIOD, 2018).

En términos más sencillos, Rodríguez (2012) explica que reducción de riesgos y daños puede ser utilizado como sinónimo, pero el primero se refiere a la posibilidad de que un evento no deseado ocurra, y el daño al evento no deseado en sí, o algo relacionado con él. Para Menéndez (2012), la reducción de daños incluye la reducción de riesgos que, operan en algunos procesos de salud-enfermedad, por ejemplo, en el caso de reducir riesgos de infección de VIH con PIDs. Este autor propone que la reducción de riesgos y daños debería operar en aspectos más estructurales, como el caso de jóvenes de algunos países de Latinoamérica que participan en actividades criminales no solo para consumir sustancias ilícitas, sino para formar parte de grupos criminales; la reducción de riesgos implicaría incluir aspectos económicos, sociales y culturales como parte de una política de reducción de daños.

Otro planteamiento de la reducción de daños desde la National Harm Reduction Coalition (2021) en su versión de Puerto Rico, es su comprensión desde una perspectiva decolonial que posibilite la discusión de las realidades en las que se implementan las estrategias, cómo se construyen las actividades, cómo se utilizan los fondos, cuáles son las necesidades que existen, cómo se articulan las acciones y el programa, el reconocimiento de los saberes de las poblaciones, cómo son las narrativas de las personas que usan sustancias, los factores que intervienen en las condiciones del mismo programa y la población. Estos planteamientos derivan de los cuestionamientos hacia la colonización del sur global, y la resistencia construida frente a las condiciones en las que se implementa el programa, así como las repercusiones del prohibicionismo en las poblaciones con mayor vulnerabilidad social.

Por otro lado, la RIOD (2018) resalta la posición ética y política que tienen muchos de los programas de reducción de daños implementados en países latinoamericanos, en los servicios e intervenciones que realizan. Afirma que las personas que colaboran se asumen como agentes de transformación social, más que solo promotores de salud, y parten desde una ética de cuidado y militancia activa, que busca garantizar el respeto y derechos humanos hacia las poblaciones que viven en mayor condición de vulnerabilidad.

Esta misma Red se ha encargado de documentar gran parte de los programas de reducción de daños que operan en Latinoamérica, entre ellos destacan: programas dirigidos a personas que viven en condiciones de vulnerabilidad y que tienen dificultad para acceder a servicios, en Brasil y Colombia; otros dirigidos a poblaciones especiales, principalmente con personas en condición de vulnerabilidad social y económica en Puerto Rico, México, Buenos Aires y Uruguay (RIOD, 2018).

También ubican las redes de personas y organizaciones que tienen como fin la incidencia política y que provienen principalmente del trabajo comunitario, algunas de estas son: Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS), Red Latinoamericana de Personas que Usan Drogas (LANPUD), Red Argentina de Personas que Usan Drogas (RADAUD), Asociación de Reducción de Daños de Argentina (ARDA), Asociación Brasileña de Reducción de Daños (ABORDA), Red Mexicana de Reducción de Daños (REDUMEX), Comisión Mixta de Atención a la Indigencia (COMAI) y Red Nacional de Reducción de Daños (RENAREDA) (RIOD, 2018). El esfuerzo de esta red por tener un mapa general de la operación de los programas de reducción de daños permite observar que estos se desarrollan principalmente desde la sociedad civil organizada, cuyo trabajo parte de principios comunitarios y respeto a los derechos humanos.

Como se ha mencionado, en México, los programas de reducción de daños han operado desde el sector salud y principalmente desde organizaciones de la sociedad civil; desde el primero, ha estado sujeto a la asignación de recursos federales. En la administración 2018-2024, no se encontraron ningún tipo de programa destinado a esta población desde los entes del Estado. Aunque en los planes y programas se establece el fortalecimiento de la reducción de daños, no aclara quien lo ejecutará, dónde o cuáles son los recursos asignados para su funcionamiento. Esto significa un retroceso para la reducción de daños en el caso mexicano. Ospina-Escobar (2019) enfatiza en que no hay mecanismos vinculantes que obliguen a los estados del país a realizar actividades de esta índole, tampoco hay presupuesto destinado a planes, programas y proyectos de promoción de la salud dirigido a este grupo de poblaciones.

La reducción de daños en la frontera norte de México

En México, los programas de reducción de daños surgen en la frontera norte, en Ciudad Juárez en los años 80 como una respuesta de prevención, atención, educación e investigación de VIH/SIDA (Programa Compañeros, 2023). Para operan otras organizaciones civiles de reducción de daños en ciudades fronterizas: en Tijuana “Prevecasa, AC” y en Mexicali “Integración Social Verter AC”. Además, Aguascalientes y Ciudad de México realizan intervenciones de reducción de daños, centrándose principalmente en análisis de sustancias, investigación e incidencia en las políticas de drogas.

Ospina-Escobar (2023) documenta que a los inicios de la epidemia de VIH/SIDA se identificó a las PIDs como población con alta prevalencia a esta infección. Dado que la presencia de consumo de sustancias inyectables se concentraba en la frontera norte, las

intervenciones de reducción de daños se situaron en esta área principalmente, como una respuesta a la prevención y atención del VIH/SIDA con poblaciones consumidoras de sustancias. Antes de abordar la reducción de daños en la frontera norte, se presentan algunas características socio-políticas, con el fin de contextualizar la pertinencia y complejidad de estas intervenciones.

La frontera norte es un espacio complejo, con características particulares, problemáticas y fenómenos propios de esta zona geográfica. Además de la alta prevalencia de consumo de sustancias inyectables, la frontera norte, históricamente se ha considerado un lugar donde expresiones como la violencia generalizada, corrupción, impunidad, delincuencia organizada, tráfico de drogas, homicidios, “ajustes de cuentas”, “ejecuciones”, robos, programas de seguridad fallidos y desconfianza y corrupción en los cuerpos policíacos son algunas de las experiencias diarias para las personas que habitan en esta zona (Monárrez y García, 2008; Hernández, 2021) además de los recientes éxodos migratorios (De la Rosa, 2022; París, 2021; París y Montes, 2022).

Ante ello, el Estado ha visto rebasada su capacidad de respuesta, Fuentes y Peña (2017) explican que el impacto de la “guerra contra las drogas” tuvo efectos devastadores como el incremento de la violencia en casi todo el país, que se exacerbó en ciudades fronterizas como Ciudad Juárez, Tijuana, Nogales y Nuevo Laredo, con impactos sociales, miles de muertes y crisis de violencia. Además, con la colaboración de Estados Unidos se han doblado esfuerzos para fortalecer la seguridad fronteriza, a lo que se sumó el impacto económico y social de la pandemia por Covid-19, que mantuvo cierres parciales de la frontera por varios meses (Martínez, Wong y Lara, 2022).

Según Coubes, Velasco y Contreras (2020) el endurecimiento de las políticas migratorias de Estados Unidos en las últimas dos décadas ha provocado el incremento en las

deportaciones de extranjeros indocumentados, sobre todo de migrantes centroamericanos. Reportes de la patrulla fronteriza en 2018 destacan que hubo 223 mil detenciones, que crecieron a 607 mil en 2019 (USCBP, 2020). Esto ha incrementado los tiempos de espera y el número de personas en tránsito, lo que ha ocasionado que las personas se mantengan temporalmente en las ciudades fronterizas en condiciones de incertidumbre, inestabilidad y frecuentemente de precariedad en una “inmovilidad forzada” (Hernández, 2023; Jasso, 2021; Núñez y Heyman, 2011; Ramírez, 2023).

A su vez, la pandemia por Covid-19, ha modificado los mercados de drogas, se ha documentado que productores podrían verse obligados a buscar nuevas formas de fabricar sustancias, y que traficantes busquen nuevas rutas y métodos de transporte, además de cambios en los hábitos de consumo y disponibilidad de sustancias (UNODC, 2020). Información de inicios de 2020 refiere que el fentanilo y las consecuencias de su uso ya tienen presencia en la frontera norte (Goodman-Meza et al, 2022). Ante esta situación, la respuesta de las organizaciones civiles se ha concentrado en implementar programas de prevención de sobredosis, distribución de naloxona y pruebas de detección de fentanilo (HRI, 2020). Estas organizaciones se ubican en las ciudades con mayores índices de consumo de drogas inyectables y operan con intervenciones de alcance comunitario, como se mencionó al inicio de este apartado.

La CONADIC (2020) documenta que las intervenciones que realizan van desde: la prevención y detección de ITS, VIH y Hepatitis C; brigadas nocturnas en lugares de trabajo sexual y lugares de esparcimiento nocturno (antros) donde entregan condones, lubricantes y realizan pruebas rápidas de VIH, sífilis y Hepatitis C; programas de servicios médico, en algunos casos terapéutico; jornadas para hacer curaciones de lesiones a usuarios en los sitios de consumo; trámites en documentos, apoyo para terminar primaria o secundaria; algunas

cuentan con servicio de albergue de corta estancia; promoción de derechos humanos y reducción de daños.

Usualmente, estas organizaciones sostienen convenios con distintas instituciones de salud como el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), para vincular a la población a tratamiento de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), también con la Secretaría de Salud para tratamiento de Hepatitis C. La participación de organizaciones civiles de reducción de daños en diversas investigaciones, han ayudado a documentar la situación del consumo de fentanilo y sobredosis a través de sus programas de análisis de sustancias, e identificar las dinámicas de consumo entre la población, que puede ser de difícil acceso (CONASAMA, 2024a).

Recientemente, Guerra y Zwitser (2022) encuentran que organizaciones de la sociedad civil de reducción de daños atraviesan un contexto de recorte presupuestal y los efectos de la pandemia por Covid-19, además de otros factores locales que limitan su incidencia, que en su conjunto, pueden debilitar su existencia. Algunas de las características de su funcionamiento son: la flexibilidad de su estructura, ya que los recursos humanos y financieros con los que cuentan pueden variar; los roles y actividades internas también son cambiantes y se adaptan cuando es necesario. Asimismo, señalan que las intervenciones que realizan son adaptadas localmente para el trabajo con las poblaciones; además, poseen marcos legales basados en las políticas de drogas globales.

Ospina-Escobar (2019) explica que el carácter comunitario de estas intervenciones permite llegar a espacios recónditos donde se ubican las PIDs. Encuentra que lejos de los prejuicios sobre la población, hay voluntad para acceder a pruebas de VIH y tratamiento, pero es escaso el apoyo institucional para lograr la adherencia a estos tratamientos o para

tener prácticas más seguras. Reconoce que las organizaciones civiles han construido, a través del acompañamiento horizontal, resultados positivos en la vinculación a tratamiento.

Estas organizaciones han impulsado la reducción de riesgos y daños, poniendo énfasis en los comportamientos de riesgo y las sustancias, y se ha orientado a intervenir en contextos de uso y políticas de drogas (Ospina-Escobar, 2023). También la gestión de placeres, entendido como la intersección entre los efectos esperados de las sustancias, de lo fisiológico, las formas de relacionarse, y la atracción y el compromiso en el contexto de consumo (Clua-García, 2020). Al ser la reducción de daños una estrategia que se contrapone al prohibicionismo y, además dada la complejidad social, política y económica propias de la frontera norte. La reducción de daños se encuentra ante dificultades para lograr su continuidad, aunque sus intervenciones son basadas en evidencia, ha sido motivo de debates y controversias a nivel social y político.

Algunos debates sobre la reducción de daños

Una de las principales controversias que ha atravesado la reducción de daños, en palabras de Menéndez (2012) es que, existen dos propuestas de acción global respecto a las sustancias ilegalizadas: las prohibicionistas y la reducción de daños. Las primeras han sido dominantes, mientras que la reducción de daños ha tenido retos y desafíos para lograr consolidarse. La reducción de daños complejiza la situación de las personas usuarias de sustancias, reconoce su carácter multifactorial y replantea la relación sujeto-droga-contexto, además reconoce la coyuntura entre cuidado de la salud y consumo que traduce concepciones hegemónicas sobre la salud, por lo que exige reflexividad y replanteamiento en torno a sus principios disciplinarios (Tizoc et al, 2017).

Álvarez (2019) plantea que la reducción de daños produjo un salto desde el modelo médico-rehabilitador a un modelo social de base comunitaria, que supera la dimensión instrumental del consumo de sustancias hacia una dimensión política y ética. Sin embargo, Romaní (2013) señala que estas intervenciones, aunque forman parte de la salud pública, se han visto obligadas a trabajar en el margen de los sistemas de salud, lo que ha reforzado la segregación de las poblaciones vulnerables. Las dificultades de acceso a servicios para las poblaciones han permitido considerar la importancia del proceso de atención como factor decisivo en el proceso salud-enfermedad, a su vez, constituye uno de los desafíos de la reducción de daños, lograr desarrollar acciones no solo con los usuarios de sustancias, sino también con las instituciones que deben prestarles asistencia (Galante et al, 2009).

Tizoc et al (2017) señalan que, otros de los desafíos de la reducción de daños actualmente es que, a pesar de la fuerte evidencia científica y recomendaciones por parte de organismos internacionales, aun no se ha reflejado en leyes y políticas públicas en la mayoría de los países que suscriben los convenios internacionales, incluido México. Además, son insuficientes los servicios que se brindan, y persiste el clima de estigma y discriminación hacia las poblaciones y las personas que los realizan. Hay poca infraestructura y personal capacitado y sensibilizado para implementar este u otros modelos, incluida la salud mental. Los recursos se distribuyen en seguridad pública, y dentro del sistema de salud es menor el presupuesto destinado a programas de prevención.

Un reto importante es la falta de evidencia, en México desde la cancelación de la ENCODAT no se han realizado estudios sobre las repercusiones sociales y económicas de las drogas; y tampoco se han consultado instancias para el diseño de programas de acción, a diferencia de otros países como Costa Rica o España (Tizoc et al, 2017). Por otro lado, Galante et al (2009) explican que uno de los principales ejes de acción de las intervenciones

de reducción de daños es el compartir con la población, desde conocimientos técnicos, experiencias, estrategias de cuidado que, funcionan como ejes de acción y encuentro para aumentar la participación y vinculación de los sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad; es decir, no está basado en modelos predefinidos, sino que se construyen con la población, vecinos, entre otros, por lo que es importante sostener espacios de “supervisión” con los miembros del equipo y el impacto que produce en ellos el trabajo de acompañamiento que realizan.

Entre las oportunidades de la reducción de daños, Tizoc et al (2017) destaca que tiene como tareas pendientes “las de generar más mecanismos de medición de resultados y sensibilizar a prestadores de servicios sanitarios sobre las experiencias límite de los usuarios y evitar esquemas moralistas que ejercen un tratamiento más punitivo que sanitario, y que refuerza estereotipos de ‘junkies’ errantes, perezosos y criminales” (p. 48-49). También mencionan que la reducción de daños puede ampliar su esquema e implementarse con otras sustancias, esta es una tarea que han visibilizado organizaciones como Youth Rise, quienes como se mencionó, proponen la reducción de riesgos y daños de espectro completo.

Por su parte, Menéndez (2012) considera que, desde la reducción de daños, se puede incidir en la auto-estigmatización de las personas consumidoras; plantea como necesario difundir los éxitos obtenidos a través de las intervenciones específicas de reducción de daños; y hacer énfasis en la observación de los comportamientos o conductas de los usuarios que favorecen la reducción de daños, tanto de forma individual, pero sobre todo a nivel colectivo. Para esto es necesaria la construcción y/o reconstitución de redes sociales o de ayuda mutua entre la población; además de favorecer la existencia de grupos de usuarios que se organicen y luchen contra la ilegalidad y penalización, tal como ha ocurrido en países como Canadá;

involucrar a las y los usuarios en la planificación, diseño e intervención de políticas y actividades generadas sobre los usos de las sustancias.

Asimismo, este autor hace énfasis en la necesidad de impulsar una política global de reducción de daños que incluya aspectos estructurales (Menéndez, 2012). Sin duda, la reducción de riesgos y daños se realiza en un ambiente social, político y económico complejo y hostil, pues normalmente las intervenciones de la sociedad civil requieren validación por parte del Estado para ser legitimadas. Los estragos del prohibicionismo persisten no solo en la asignación de recursos, que se enfoca sobre todo hacia las fuerzas armadas y militarización de las calles, también en el desarrollo del quehacer médico y jurídico, que contribuyen en la estigmatización hacia las poblaciones.

CAPITULO III: Marco teórico

*Nunca dudes que
un pequeño grupo de ciudadanos
comprometidos puede cambiar el mundo.
De hecho, es lo único que lo ha logrado.*

Margaret Mead

Las intervenciones de reducción de daños, realizadas por organizaciones civiles de base comunitaria, han posibilitado conocer cambios en las dinámicas de consumo y la incorporación de nuevas sustancias, a través de estrategias de alcance comunitario. Tiene la característica de poner en el centro a la persona y no la sustancia, y atender a población de difícil acceso. Guerra y Zwitter (2022) han encontrado que el trabajo de estas organizaciones promueve la cercanía con las personas, a través del contacto directo, buscan personalizar sus estrategias para conocer el tipo de sustancia que consumen, las vías de administración y las características de los lugares de consumo.

Sin embargo, factores como la pandemia por Covid-19 y el recorte presupuestal a organizaciones civiles, han dificultado su desarrollo. La reducción de daños no puede estudiarse al margen del contexto en el que se lleva a cabo. Por lo anterior, este trabajo se propone como objetivo principal analizar la relación entre las intervenciones de reducción de daños y las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas, a través de la promoción de la salud como eje analítico, que promueve dispositivos de intervención comunitaria y procesos de ciudadanía.

Estas estrategias adquieren un sentido comunitario, a través de “propuestas concretas [...] de atención directa a usuarios, campañas de información y programas de reducción de daños para avanzar en un problema de salud que, por si no fuera suficiente, el discurso

público y de gobierno insiste en vincular a la agenda de seguridad” (Guerra y Zwitser, 2022, p. 9). A través de la perspectiva de promoción de la salud, se busca poner la atención en cómo se generan estos procesos comunitarios con MID que tienen acceso a servicios de reducción de daños quienes, por contraponerse a los roles de género, viven doblemente el estigma de consumir sustancias inyectables, además de encontrarse en alto grado de vulnerabilidad social.

Por lo anterior, la reducción de daños, las mujeres y el contexto son tres elementos que se ponen en discusión a través de la promoción de la salud y la autoatención. Sarría, De la Cruz y Martínez (2014) definen promoción de la salud como el proceso que permite que la población pase a controlar factores que determinan sus condiciones de salud con el objetivo de incrementarla, a través de estrategias concretas para crear y construir salud tanto a nivel individual y colectivo. Pone énfasis en la participación de las comunidades y busca reducir las desigualdades e injusticias sociales.

Otro concepto, es la autoatención, propuesto por Menéndez (2003; 2020) que, “está basado en el diagnóstico, atención y prevención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes pequeños grupos (de amigos, de trabajo, vecinos) dentro de los que desarrollan su vida los sujetos, pero sin la intervención directa de un curador profesional” (Menéndez, 2020, p. 94). A continuación, se profundiza en cada uno de estos conceptos. Primero, se presentan algunas definiciones y posicionamiento teórico sobre la promoción de la salud con la intención de situar desde donde es comprendida y después, se ahonda en la discusión sobre la autoatención y los elementos que la componen.

Promoción de la salud

El concepto de promoción de la salud ha tenido cambios relacionados con la forma de entender la salud, aunque en sus inicios predominaba su relación con el modelo biomédico comprendida como la atención a las enfermedades, esta se fue modificando de modo que como señala Helena Restrepo (2001) la salud se considera a través de “un nuevo paradigma [...] que integra todas las características del ‘bienestar humano’, y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas ‘necesidades básicas’ y el derechos a otras ‘aspiraciones’ que todo ser humano y grupo desea poseer” (p. 24). Esto incluye la garantía de derechos humanos, la paz, justicia, vida digna, calidad de vida, tener acceso al arte y cultura, incluso llegar a la vejez sin discapacidades y con la posibilidad de disfrutar la vida hasta su fin.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) la salud es el bienestar físico, mental y social, es una condición fundamental para lograr paz y seguridad en los pueblos sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social. Este organismo señala que una opinión pública bien informada y una cooperación activa es importante para mejorar la salud de los pueblos, así como la responsabilidad que tienen los gobiernos para garantizar la salud a través de la provisión de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Estos conceptos han llevado a su vez, a replantear la forma de hacer promoción de la salud con las poblaciones, ya que no solo consistirá en prevenir enfermedades sino también, en garantizar estados de bienestar. La promoción de la salud en un sentido teórico y político se ha modificado conforme ha cambiado el concepto de salud.

Algunos antecedentes sobre la promoción de la salud que documenta Restrepo (2001) provienen desde Henry Sigerist (1981), fue el primero en utilizar el término, refiriéndose a acciones basadas en la educación sanitaria y acciones del Estado para mejorar las condiciones

de vida de la población, proponía un “Programa de Salud” basado en educación libre para toda las personas, mejores condiciones de vida, mejores medios de recreación y un sistema de instituciones de salud y personal médico accesible, además de centros médicos de investigación y capacitación.

Otro personaje importante en este ámbito es Thomas McKeon (1972), quien planteaba que la mortalidad en Inglaterra después de 1840 se redujo debido al desarrollo económico, mejor nutrición y cambios en la calidad de vida de los ingleses, no tanto a las intervenciones médicas, esta autora plantea que las aportaciones de este autor son fundamentales en el marco teórico de la promoción de la salud. Restrepo (2001) también resalta las corrientes de medicina social y “epidemiología social” en la década de 1960 y 1970 en América Latina cuyos cuestionamientos aportaron en la salud pública, principalmente en Ecuador, México y Brasil.

Otros elementos importantes en la historia de la promoción de la salud son las conferencias internacionales donde se han acordado las rutas a seguir. Partiendo de la declaración de Alma Ata, establecida en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Ginebra, Suiza en 1978 a través del lema “Salud para todos en el año 2000”. Se define que la promoción de la salud es un eje para crear condiciones que mejoren y promuevan la salud en los pueblos como un derecho básico universal, además de ser una inversión para lograr el desarrollo económico y social de los países en el mundo (OMS, 1978).

Posteriormente, en 1986 en Ottawa Canadá se llevó a cabo la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en esta se busca el seguimiento a la declaración de Alma Ata, dirigido hacia una nueva concepción de la salud pública, y se conceptualiza que la promoción de la salud consiste en *proporcionar a los pueblos los medios necesarios para*

mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Se hace un llamado a la acción internacional que implica una política pública sana, la creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios (OMS, 1986). En 1988 se realizó la segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Adelaida, Australia con el lema “Políticas públicas favorables a la salud” que pone énfasis en la construcción de políticas públicas saludables (OMS, 1988). Una serie de conferencias internacionales se han desarrollado a través del tiempo, que han ido definiendo la promoción de la salud, y a su vez han incorporado elementos para su atención.

En 1992 en Bogotá Colombia se elabora la Declaración de promoción de la salud en América Latina que busca crear condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación entre determinación de la salud y desarrollo, especialmente en este contexto donde predominan las inequidades, que se agravan por las condiciones económicas y sociales (OMS, 1992). Esto significaría considerar el medio en el que se desarrollen los programas de promoción de la salud, sobre todo en los países llamados del ‘tercer mundo’, donde las condiciones son complejas especialmente para las poblaciones más vulnerables.

Aunque el propósito de este escrito no es hacer un recorrido histórico de la promoción de la salud, se considera importante mencionar cómo ha evolucionado y los elementos que se han incorporado a través del tiempo, para reflexionar sobre los programas y planes de promoción de la salud actuales, en este caso el programa de reducción de daños, del cual se hablará más adelante. Estas conferencias han servido como base para la elaboración de políticas públicas entre los gobiernos. Así, en 2005 a través de la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado se establecen las medidas, los compromisos

y promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud mediante un mundo globalizado, poniendo énfasis en que las políticas y alianzas que empoderen a las comunidades con el fin de mejorar la salud y la igualdad en salud, como temas centrales en el desarrollo mundial y nacional (OMS, 2005).

Restrepo (2001) explica que, aunque ha habido gran auge de programas y proyectos enfocados en la promoción de la salud que buscan mejorar la calidad de vida de las personas, esto a su vez ha traído confusiones para definir cuál es su campo de acción y ubicación dentro de la salud pública. Esta misma autora ha señalado que la discusión sobre las distintas corrientes de promoción de la salud se ha ubicado en contextos específicos, explica que en el caso de Estados Unidos han tenido fuerza los programas que priorizan cambios de comportamiento o estilos de vida saludables, enfocados en un sentido más individual.

En Canadá y Europa, son programas que defienden la acción sociopolítica que involucra otros actores y amplían su ámbito de acción más allá del sector salud, estos programas han predominado en países desarrollados, lo que ha dificultado su aplicación en países menos desarrollados, como Latinoamérica. Por ello, esta autora pone énfasis en discutir sobre los aspectos controversiales de la promoción de la salud que busquen claridad y coherencia conceptual, además de mejorar las condiciones de vida de todas las poblaciones (Restrepo, 2001).

Salazar y Vélez (2004) señalan que, entre los retos de la promoción de la salud en América Latina están fortalecer el marco conceptual del significado y alcance de la aplicación de evidencia en la formulación de recomendaciones y políticas de promoción de la salud; fortalecer la capacidad técnica para realizar estudios en esta área; fortalecer la investigación y generar evidencia que respalde planes y programas en promoción de la salud, además de considerar las necesidades y expectativas de las comunidades en los programas de promoción

de la salud. A través de un programa para estudiar proyectos de promoción de la salud en Latinoamérica, estas autoras explican que muchos de estos proyectos se han enfocado en intervenciones puntuales de prevención y control orientadas a mejorar el acceso y calidad de servicios, más que en buscar cambios estructurales, desestimando la construcción de la capacidad comunitaria que impacten en la calidad de vida, salud y justicia social. Estos aspectos se vuelven coyunturales en la creación de programas de promoción de la salud.

Por otro lado, Guzmán Pizarro et al (2012) señalan que no hay una sola forma de comprender la promoción de la salud, aunque se ha relacionado con la prevención y promoción de una vida saludable, esta noción puede verse desde distintos matices. Estos autores mencionan que hay diferentes clasificaciones de promoción de la salud, por lo que las dividen en dos grandes corrientes: *la corriente hegemónica o dominante* de promoción de la salud, reconociéndola como dominante y agrupa casi todas las prácticas de promoción de la salud, sustentada en el modelo médico hegemónico que se caracteriza por ser biologicista, ahistórico, en el cual se reproduce una relación médico-paciente asimétrica y con tendencia a medicalizar los problemas. En general, la promoción de la salud de acuerdo a este enfoque mantendría una relación desigual entre el promotor de salud y la población, pues esta última quedaría subordinada a las recomendaciones e indicaciones del primero.

La segunda, se refiere a la *corriente alternativa de promoción de la salud*, se caracteriza por cuestionar las prácticas hegemónicas, abarca prácticas y ámbitos diversos como la medicina tradicional, oriental o de planteamientos teóricos derivados de las ciencias sociales. Se reconoce que muchas prácticas dentro de este enfoque provienen de grupos populares organizados para generar estrategias distintas, ya sea por mala calidad o ausencia de los servicios proporcionados por el Estado (Guzmán Pizarro et al, 2012).

Por otro lado, en México la Promoción de la Salud se ha regido principalmente desde las instituciones del estado y el sector salud. Desde estas instancias se ha emitido el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS) que, parte de entender la salud pública compuesta por: la epidemiología que reconoce los determinantes de la salud, y la promoción de la salud dedicada a intervenir en las condiciones e instrumentar las acciones necesarias para incidir sobre ellos. Analiza la forma en cómo las personas se exponen a riesgos y averiguan cómo pueden protegerse o volverse más resilientes, utilizando los determinantes favorables para impulsar su bienestar (Secretaría de Salud, 2006). Según sus lineamientos, desde esta perspectiva se implementan programas de promoción de la salud hacia las poblaciones más vulnerables.

El Programa de Acción Específico de promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018 (Secretaría de salud, 2014) establece que las intervenciones integradas en el MOPS van de lo individual a lo poblacional, y considera cuatro componentes principales: manejo de riesgos personales, desarrollo de capacidades y competencia en salud, participación social para la acción comunitaria y desarrollo de entornos saludables. Abarca las cinco áreas prioritarias contempladas en la Carta de Ottawa de 1986, se enfoca principalmente en población indígena, migrante y escolar, recalca la importancia del enfoque intercultural.

Además de la promoción desde el sector salud, destacan las intervenciones de la sociedad civil organizada, que han contribuido en “construir sistemas de salud equitativos por su enfoque centrado en las personas y en las poblaciones, porque propician su participación y movilización y en particular la de los grupos sociales en desventaja” (Vega y Torres, 2011, p. 146)”. Su trabajo se ha reconocido por ser agentes que favorecen acciones

intersectoriales entre los distintos actores de salud, contribuyen a reducir inequidades y beneficiar la atención en salud.

Según el marco presentado, se entiende que la promoción de la salud es un territorio en disputa, Salazar y Vélez (2004) explican que, en el contexto latinoamericano, la promoción de la salud enfrenta retos como carencia de un marco conceptual y alcance de su aplicación, limitada capacidad técnica para realizar sus estudios, insuficiencia de recursos y restricciones en la consideración de sus aportes en la toma de decisiones, entre otros. Latinoamérica enfrenta bases compartidas y desafíos comunes, que hace evidente la necesidad de considerar enfoques sociales, comunitarios y políticos integrales que permitan acceso equitativo a la salud (Coronel y Marzo, 2017).

Según lo anterior, se propone estudiar la estrategia de reducción de daños como parte de la corriente alternativa de promoción de la salud. Se parte de que, este programa busca incidir en la salud de personas que se inyectan drogas, a través de la implementación de estrategias de alcance comunitario. En un contexto donde, el acceso a la salud de la población ha estado condicionado por la desigualdad y exclusión. El desarrollo de estas estrategias, aunque han sido probadas en otros países, presenta sus particularidades, según el medio donde se realizan.

Promoción de la salud y reducción de daños

En América Latina las condiciones de desigualdad social crean un contexto complejo que demanda programas enfocados hacia lo social, comunitario y político, la promoción de la salud se ha enfocado en “empoderar a la población”, este término, proveniente de la literatura

anglosajona, se vincula con movimientos sociales y políticos que denuncian opresión y reclaman equidad (Beltrán, 2009) sin embargo, las desigualdades no han sido superadas.

La promoción de la salud en Latinoamérica demanda la urgencia de cambios estructurales, uno de sus propósitos principales es combatir las condiciones de desigualdad y pobreza. Esto ha significado retos en su implementación y efectividad, dado el contexto sociopolítico, que ha rebasado la capacidad de respuesta del Estado. El desarrollo de promoción de la salud requiere mayor integración de las decisiones económicas, sociales y políticas que puedan ampliar la participación de la sociedad (Coronel y Carbo, 2017).

Los cambios sociales actuales y la pandemia por COVID-19 que ha conducido a una emergencia sanitaria a nivel global, han revelado la necesidad de poner atención en el acceso de las poblaciones al derecho a la salud. Las inequidades en salud se han puesto en evidencia y han afectado a las poblaciones en mayor vulnerabilidad. Lima (2017) explica que, en países en desarrollo, las desigualdades en salud son de mayor magnitud. Para analizar programas de promoción de la salud, se requieren estrategias que abonen en la comprensión de cómo operan las intervenciones con grupos específicos; con énfasis en el contexto y los procesos sociales y educativos que ocurren dentro de él.

Para Guzmán-Molina (2004) la promoción de la salud surge como una respuesta social organizada para elevar la salud de las comunidades y sus poblaciones, es multisectorial y multidisciplinaria, se dirige a mejorar el entorno global, las condiciones de vida y las formas de vivir de la población, apunta hacia la equidad y se dirige principalmente hacia poblaciones vulnerables y en desventaja social, en sus acciones busca promover la salud de forma individual pero considerando el contexto político, cultural y económico, replantea el papel del sector salud y busca conformar alianzas con otros sectores. Esta definición permite rescatar elementos importantes de promoción de la salud: pone en el centro a las

comunidades, destaca la multisectorialidad, y la sitúa de acuerdo con el contexto donde se ubica.

Otro elemento importante y que a su vez es un reto para la promoción de la salud es que “se ha observado poca actuación en las bases sociales del proceso salud-enfermedad, en las intervenciones necesarias sobre los determinantes sociales o en la génesis misma de las inequidades sociales” (Coronel y Marzo, 2017, p. 5). Esto supone profundizar en cómo se dan estos procesos y las intervenciones de promoción de la salud que contribuyen, en palabras de Menéndez (2020) en los procesos de autoatención de las poblaciones. Se parte de que, las comunidades conviven cotidianamente con sus padecimientos y desarrollan formas específicas de atención y prevención que reproducen procesos de producción y reproducción biocultural (Menéndez, 2018).

Por otro lado, Arenas (2014) plantea que la promoción de la salud busca incidir en determinantes sociales, generar cambios en la condición de vida de las personas, influir en políticas públicas, mejorar la salud y calidad de vida a través de la equidad y justicia social. Se dirige a toda la población o grupos específicos y tiene la característica de enfocarse en situaciones causales, como la exclusión. Esta autora, hace énfasis en que, no se pueden proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud, si no hay vivienda, educación o alimentación. Plantea una metodología de educación para la salud que, ofrezca a las poblaciones oportunidades de aprendizaje que posibiliten identificar, lo que llama “la raíz del problema”, y participe activamente en estos procesos.

Las intervenciones de promoción de la salud en el contexto comunitario son realizadas con grupos específicos, cuyos temas surgen de las necesidades y prioridades de la población. Arenas (2014) explica que para el trabajo con la población es necesario contar con condiciones fundamentales: contar con conocimiento de la población, conocer las

características de su entorno, ambiente, contexto político, económico, social, cultural, y tener nociones sobre sus saberes, creencias, prácticas e incluso diferencias por género; otro aspecto, es contar con la población, generar interés por participar, mantener contacto con la población y generar participación activa.

Según lo presentado se plantea que, el programa de reducción de daños opera en contextos de exclusión, y aporta otra visión sobre el uso de drogas que tradicionalmente se ha enfocado en evitar que las personas consuman y/o dejen de hacerlo. Las organizaciones civiles que lo implementan sortean problemas de sostenibilidad y operan con marcos jurídicos insuficientes (Guerra y Switzer, 2022), sin embargo, aportan información y herramientas a las personas que atienden sobre derechos humanos, disminuir conductas de riesgo, y aportan recursos para afrontar enfermedades o lesiones derivadas del consumo.

Tizoc-Márquez et al (2017) señalan que la reducción de daños anuncia un cambio de paradigma en la forma de comprender y responder al uso de drogas legales e ilegales. Según estos autores, la evidencia demuestra que el consumo de sustancias no puede atenderse únicamente con paradigmas económicos, políticos o sanitarios, y proponen generar evidencia sobre el alcance de la reducción de daños como una estrategia de promoción de la salud.

La reducción de daños pone atención en problemas de salud pública que son tema de debate y preocupación actuales como la Hepatitis C y VIH. Han posibilitado identificar qué está ocurriendo con la incorporación del fentanilo y las muertes por sobredosis (Goddman-Meza et al, 2022). Las personas que realizan estas intervenciones tienen la posibilidad de conocer e identificar las características en las que se encuentra la población, a través del acceso a servicios de salud, pueden identificar sus necesidades y los riesgos a los que se enfrentan, además se ha documentado que pueden crear lazos de empatía y generar espacios de diálogo (Ospina-Escobar, 2019).

Tizoc-Márquez et al (2017) encuentran que, investigaciones grupales han determinado que “el sentido que los usuarios otorgan a las drogas logra develar importantes niveles de autocuidado en grupos de consumidores, reconocen en los sujetos capacidad de agencia que busca incidir favorablemente en el mundo que les toca vivir” (p. 42). A través de estrategias de alcance comunitario generan conocimiento sobre la población y sus necesidades. Los principios y características de estas intervenciones posibilitan procesos de autonomía y ciudadanía, pues al poner en el centro a la persona y el contexto en el que ocurre el consumo, abona en el cambio de narrativas de estigma hacia las poblaciones que se inyectan drogas.

Castillo (2004) documenta que muchas experiencias de promoción de la salud con participación comunitaria están facilitando que nuevos modelos se incorporen a la percepción de profesionales y la población en general. Vargas y Casillas (2004) explican que desplegar acciones de promoción de la salud que identifiquen aspectos culturales y locales del lugar donde se implementan contribuirá a realizar acciones realmente efectivas. Aunque estos programas no pertenecen directamente al sector salud, logran mantener el contacto comunitario con poblaciones que pueden considerarse de difícil acceso. Considerando estos elementos, se hace importante documentar cómo operan los programas de reducción de daños en la frontera norte, una zona en sí misma compleja.

Dado lo anterior, se plantea que la promoción de la salud conlleva procesos que involucran a los actores que la implementan, los recursos con los que cuentan, las actividades que se realizan y la participación de la comunidad. Se propone poner en el centro de la discusión tres elementos principales: el *contexto*, que parta de comprender que, las condiciones de salud de una población se relacionan con las características del contexto social

y ambiental en el que vive, las cuales se agravan ante situaciones socialmente desfavorables (Lima, 2017).

Otro elemento son las intervenciones de reducción de daños implementadas por la **organización**, aunque no se busca evaluar la estrategia, pues ello requeriría una metodología específica, se propone observar y documentar cómo funcionan sus elementos en conjunto para el desarrollo del trabajo comunitario. Se retoma a Málaga y Perdomo (2001) tres componentes para observar este trabajo: el *componente de acción intersectorial* entre los actores involucrados en el tema, es decir, las relaciones interinstitucionales que mantiene la organización para lograr la vinculación a servicios de atención de la población; el *componente de acción comunitaria*, que abarque el funcionamiento general de la organización, las intervenciones o programas implementados y las prácticas de promoción de la salud que mantienen con la comunidad; y el *componente de acción política*, es decir el panorama sociopolítico del grupo con el que trabaja la organización y el trabajo de incidencia que realiza.

Por último, se pone en el centro lo que se conoce de la **población** o comunidad, en este caso las mujeres, que según Arenas (2014) describa las características del grupo en específico, sus necesidades y prioridades, las condiciones fundamentales del contexto comunitario, características del entorno, sus saberes y prácticas. Este proceso puede identificarse profundizando en los conocimientos que posee la comunidad para tratar sus padecimientos, cómo han enfrentado los problemas de salud que presentan, cómo es la cultura local y si han logrado vincular el problema con sus condiciones de vida.

Además, se toma en cuenta que los procesos de promoción de la salud están sujetos a condiciones estructurales que pueden ver rebasada su capacidad de incidencia. En un intento por poner en discusión cómo opera la reducción de daños desde organizaciones de la sociedad

civil se retoman aportes de Chapela (2009) quien plantea una promoción de la salud emancipadora que, aunque es un concepto en disputa, se pueden retomar elementos para un análisis crítico. Esta autora pone atención en el individuo y sus características, estos elementos pueden retomarse para reflexionar sobre los significados en la adopción de prácticas seguras de consumo de mujeres que se inyectan drogas.

(Chapela, 2009) cuestiona el concepto de salud enunciado por la OMS y discute sobre las dimensiones ocultas de poder inmersas en la salud y sus problemas; y, propone que, la salud parte de entender que, el ser humano posee dos dimensiones fundamentales: la biológica, conformada por la estructura física y la anatomía que otorga distintas capacidades a la persona, a partir de ello construye un mundo simbólico donde se entrecruzan las subjetividades y toma de decisiones que guían la existencia del sujeto, encarnado en un ser que habita un mundo social establecido por relaciones de poder, por lo que comprende la salud como “la capacidad humana corporeizada de construir futuros viables y actuar en función de ellos” (Chapela, 2019, p. 11).

Para esta autora, las capacidades de las personas están en el cuerpo, pero también en los símbolos y significados adquiridos durante toda su vida. En el caso de las MID, muchos de estos símbolos y significados se relacionan con las vivencias de exclusión y marginación derivados del consumo a lo largo de su vida. Cajas (2009) señala que el estigma se hace visible a través de las marcas corporales mostradas en los *cuerazos*, [...] encarnan su modo de vida incluso en su forma de vestir y sus estrategias para sobrevivir. Es así como se plantea que, la salud de MID no solo tiene que ver con sus capacidades biológicas, o en este caso el consumo, intervienen también qué tanto pueden ejercer sus capacidades y los juegos de poder en los que se ven inmersas para realizar sus aspiraciones, sueños y proyectos, así como la influencia del género, que se suma a las desigualdades que viven durante su vida.

Chapela (2019) explica que, para poder ver el cuerpo, primero se debe ver la trayectoria de las marcas que han quedado en él, cada cuerpo se vuelve una narración de vida. Esta autora reconoce que, el ser humano mediante la percepción tiene la capacidad de apropiarse de “los poderes de los otros” a través del lenguaje, capacidad de producción cultural, técnica, organización social e historia, tenemos también la capacidad de resistencia y defensa de nuestro poder personal y colectivo de acuerdo con la intención de nuestra práctica en los lugares donde habitamos, es decir, el mundo social.

Dado que es del mundo donde el sujeto toma elementos para constituir su ser humano, hay líneas delgadas entre lo individual y lo colectivo, el ser parte de un colectivo se refleja en el cuerpo de la persona. En este punto, promover la salud “significa propiciar el ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas individuales y colectivas mediante la generación de espacios de investigación, reflexión, diálogo, planificación y práctica en relación con problemas de la vida que se vive” (Chapela, 2019, p. 17). Desde este punto de vista, la reducción de daños toma los elementos del contexto y se adecua a las necesidades de la población para centrarse en desarrollar habilidades y herramientas para que la población genere cambios en su salud y en sus prácticas de consumo y autoatención.

Prácticas de autoatención entre mujeres que se inyectan drogas

Desde una mirada crítica, el análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevenición (en adelante s/e/a-p) evidencian la complejidad de las prácticas y saberes que las personas utilizan para cuidar su salud. Estos procesos “pueden evidenciar [...] las orientaciones, imaginarios y omisiones de los operadores de una parte de los sistemas” (Menéndez, 2020, p. 25). Tratándose de personas que consumen sustancias, se han creado

discursos en torno al imaginario del “adicto”, quien es considerado como un ser sin voluntad, sin capacidad de agencia, sin derecho a la autonomía y sin posibilidad de modificar sus prácticas de consumo y cuidar su salud (Ospina-Escobar, 2023). Estas ideas han legitimado la exclusión hacia las poblaciones y les ha relegado del ejercicio de derechos fundamentales como el acceso a la salud.

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) en su carácter biologicista, individualista, pragmático, orientado a la curación y en una relación médico/paciente asimétrica y subordinada, ha restado importancia a la dimensión cultural de los grupos sociales y ha limitado la comprensión del sentido y significado cultural que tienen para las poblaciones utilizar otras formas de atender y entender sus padecimientos (Menéndez,2003). En su carácter relacional con los otros modelos de atención, ha mantenido relaciones de hegemonía/subalternidad entre ellos y en las interacciones entre conjuntos sociales, los curadores y las instituciones que participan en los procesos s/e/a-p (Osorio, 2001).

En este sentido, según plantea Ospina-Escobar (2023) la identificación de las PID como población con alta prevalencia al VIH significó su invisibilización, dados los discursos médicos y jurídicos en torno al consumo de sustancias y los discursos predominantes sobre la prohibición de las sustancias psicoactivas. Esta población ha adoptado prácticas para atender sus padecimientos, a partir de sus propias condiciones de vida, los saberes que han adoptado se resignifican en gran medida a partir de las relaciones que mantienen con el MMH (Menéndez, 2020).

Se parte de reconocer que, la diversidad de formas de atención de los padecimientos se relaciona con condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas y que, en muchas ocasiones pueden ser contrarias a la concepción biomédica (Menéndez, 2003). Desde el MMH los pacientes son enfermos que serán curados de manera individual y

pragmática, esta concepción ha conllevado, según Apud y Romaní (2016) que el consumo de sustancias sea considerado un comportamiento adictivo relacionado a la enfermedad, y ha ignorado otros factores, resultando en la dificultad de problematizar hasta qué punto se trata de lo biológico y hasta qué punto de lo que llaman “un síndrome culturalmente construido” que está inmerso en un contexto histórico en la sociedad.

Las actitudes desfavorables que manifiestan las PID para asistir a hospitales y centros de salud, se relacionan con el temor de ser detenidos o simplemente rechazados para recibir atención (Ovalle, 2009). El contexto de exclusión y estigma son factores que contribuyen a agravar su condición, esta situación es ignorada u obviada en muchos de los programas de atención y prevención de consumo de sustancias, ante ello, las poblaciones adoptan prácticas de autoatención para atender sus dolencias o padecimientos.

La autoatención está presente en todas las sociedades, se refiere a los saberes que desarrollan los sujetos y grupos para “diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud” (Menéndez, 2018, p. 106). Por sus condiciones sociales económicas y políticas, los grupos desarrollan saberes y formas de atención específicas que aplican para atender sus padecimientos, antes de acudir a solicitar atención de un profesional. Por saberes se entiende a las representaciones y prácticas organizadas en forma de conocimiento, que operan a través de curadores, sujetos o grupos legos para curar un padecimiento (Menéndez, 2009).

La autoatención incluye el “diagnóstico, atención y prevención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o diferentes pequeños grupos, dentro de los que desarrollan su vida los sujetos, pero sin la intervención directa de un curador profesional” (Menéndez, 2020, p. 94). El apoyo de los grupos es decisivo en la atención de los padecimientos, y se encuentran adheridos a procesos sociales,

económicos y culturales que tienen el potencial de facilitar el desarrollo de ciertas formas de atención. Para Menéndez (2020) la autoatención, implica un proceso relacional llevado a cabo por la población como parte de su vida cotidiana.

Desde esta perspectiva, la autoatención se ubica en dos niveles, uno amplio y otro restringido. El primero, se refiere a la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de los micro grupos, especialmente la familia, y se relaciona con actividades domésticas que contribuyen a atender y prevenir padecimientos, van desde: el aseo, alimentación en su preparación y distribución, medio ambiente, entre otros (Menéndez, 2003). Este aspecto es complejo entre PIDs, pues debido al estigma pueden vivir en calle, tener trabajos precarizados, sin acceso a servicios de salud y pocas redes sociales. Al no tener un lugar fijo y vivir al día, difícilmente pueden tener buena alimentación o un lugar adecuado para cocinar y realizar las actividades propias de este nivel de autoatención.

En un segundo nivel, Menéndez (2020) refiere la reproducción biosocial, vinculado al tratamiento y prevención de padecimientos y enfermedades de todo tipo, considerando a los grupos y relaciones de grupos de los que los sujetos son parte. En ambos niveles, Menéndez (2020) resalta que la autoatención entre los grupos y en la que el sujeto está inmerso se diferencia del concepto de autocuidado operado desde la biomedicina donde se otorga toda la responsabilidad al individuo. El autocuidado como una variante de la autoatención que puede tener cualidades preventivas o potencializadores de la salud, pero toma en cuenta las condiciones de vida que hacen posible que las actividades de autocuidado y estilos de vida fracasen o tengan éxito (Menéndez, 2003).

La autoatención como proceso relacional, conjunta los actos de los sujetos y los grupos en los que forman parte, así como de otros actores significativos presentes durante la atención de los padecimientos. Como estructura, la autoatención está condicionada por

elementos económicos y culturales que inciden en la frecuencia y recurrencia de los padecimientos que amenazan a los individuos y a sus grupos (Menéndez, 2009). Algunos de estos padecimientos, pueden integrarse y formar parte de su identidad, por ejemplo, la presencia de enfermedades crónicas que involucran directamente la presencia de una figura de cuidador/a o la autonomía que logra el sujeto a través de la autoatención (Menéndez, 2009; 2020).

En este contexto, se plantea que a partir del modelo de autoatención se pueden estudiar las prácticas de autoatención de MID, pues toman en cuenta elementos individuales y colectivos que intervienen en su vida y salud. Menéndez (2003) explica que la autoatención casi siempre es la primera actividad que el microgrupo realiza cuando se detecta algún padecimiento, y es lo que acontece en la autoatención, lo que determina su evolución. Situarse en el contexto donde ocurre la autoatención, permite pensar en las acciones que realizan las personas para atender sus problemas de salud. Lo que ocurre desde la detección y el lapso para atender o desatender un padecimiento, se relaciona con los grupos a los que pertenecen las personas, los medios con los que cuentan y los saberes que desarrollan (Menéndez, 2018).

Otro elemento presente en la autoatención, son los grupos existentes de autoayuda o ayuda mutua donde están establecidas las relaciones de/entre los grupos; y que contienen la reacción/acciones del sujeto y de sus grupos más próximos frente a la enfermedad o padecimiento, cómo reaccionan, qué hacen, cómo trabajan para curar a quien enferma. Haro (2000) lo ubica en un segundo nivel de atención, pues traspasa el ámbito doméstico, abarcan la familia extensa y grupos de amigos y vecinos, hasta iniciativas más organizadas; lo diferencia del autocuidado y la autoatención, sobre todo para aquellos grupos de ayuda mutua

que están organizados e institucionalizados y que prestan servicios fuera del ámbito doméstico y los círculos sociales primarios.

Para Haro (2000) las redes sociales que constituyen el modelo de autoayuda están compuestas principalmente por “instancias formales e institucionalizadas de corte civil y autogestionario que estarían identificadas como grupos secundarios o macrogrupos, de vínculo utilitario, de contacto indirecto, acceso teóricamente más abierto y organización formal” (p. 115), diferenciándose de las redes del modelo de autoatención/autocuidado que son consideradas con un carácter informal, aunque comparten la solidaridad y apoyo mutuo. Algunas características de estos grupos son: realizan actividades no lucrativas; asumen un enfoque comunitario; generalmente son iniciativas locales; tiene un carácter no oficial ni dirigido por profesionales sanitarios; responde a necesidades que no han sido cubiertas por entidades de salud oficiales; tienen un carácter antiautoritario; sus actividades van enfocadas a los intereses de los destinatarios; y se considera un dispositivo que actúa en forma paralela o coordinada a las acciones sanitarias gubernamentales (Haro, 2000).

Menéndez (2009) reconoce que estos grupos pueden potenciar y posibilitar ciertas formas de autoatención, ya que se extienden del ámbito doméstico hacia las variadas redes sociales y de apoyo de los sujetos, y ofrecen opciones de atención complementaria a la atención médica profesional. Por sus características, se ubica en este ámbito, al trabajo comunitario de reducción de daños. La autoatención está presente en todos los grupos en un proceso relacional constante, y es la forma más frecuentemente utilizada (Menéndez, 2020), este trabajo se propone profundizar en las prácticas que se llevan a cabo entre MID. Menéndez (2003) plantea que el papel de las mujeres ha sido importante en el desarrollo de prácticas y saberes de autoatención.

En este sentido, se plantea ¿Cuál es el papel de las mujeres dentro de los grupos de personas que consumen sustancias inyectables? ¿tienen funciones específicas en el desarrollo de prácticas de autoatención con sus pares y hacia su propio autocuidado? Dadas las condiciones de vida de esta población, tienden a mantenerse al margen de sus grupos familiares, lo que refuerza sus relaciones con/entre otros usuarios, siendo estos sus primeros cuidadores en caso de algún padecimiento. Desde esta perspectiva, el género también opera en un orden de desigualdad para las mujeres, Ospina-Escobar (2020) explica que “el género está en el centro de [las] relaciones asimétricas de poder” (p. 119).

Desde una perspectiva de género, el género moldea relaciones entre hombres y mujeres que consumen sustancias, permite “reubicar y comprender las diferencias e interacciones entre los sexos con relación a los usos -y, también, los no usos- de drogas dentro de las coordenadas sociales, económicas, culturales e históricas específicas en las que se desarrollan” (Jiménez y Guzmán, 2012, p. 82), así como las nociones estereotipadas de las personas consumidoras (Meneses, 2006). Las narrativas y discursos sobre las mujeres que utilizan drogas ilegalizadas han legitimado la medicalización, criminalización y culpabilización de los usos femeninos de drogas (Jiménez y Guzmán, 2012) reforzando su invisibilización (Romo, 2010).

Para Ospina-Escobar (2020) el género opera como estructura y como proceso que permite observar cómo se organiza la desigualdad en una sociedad a través de procesos disciplinantes de los cuerpos, que exigen autorregulación y comportamientos esperados para hombres y mujeres. En este punto, el consumo es visto como transgresor del orden social que posiciona a las mujeres fuera de las normas socialmente impuestas. Sin embargo, las MID no son pasivas ante el contexto, y ponen en práctica sus saberes para tratar padecimientos o dolencias.

En conjunto, se pone en discusión los elementos conceptuales de la promoción de la salud en conjunto con los elementos críticos de la reducción de daños, y su relación con las prácticas de autoatención de MID en contextos vulnerables. Entendiendo que, en tanto se modifiquen las formas de comprender los procesos de s/e/a-p en las poblaciones, se puede lograr incidir en propuestas de promoción de la salud que logren accesibilidad y equidad en los servicios de salud (González-Molina, 2004).

CAPÍTULO IV: Marco metodológico

*Por eso mismo le propongo
detenerse un momento a reflexionar,
ya que no conocemos una cosa
simplemente por padecerla en nuestra carne,
sino cuando llegamos a entender de dónde nace.*

Antonio Escohotado

Este trabajo ha tenido como objetivo analizar la relación entre las intervenciones de reducción de daños y las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas, que favorecen el trabajo comunitario de promoción de la salud de una organización civil en Mexicali, Baja California. Dado el contexto prohibicionista y las políticas de drogas actuales, las narrativas y discursos sobre las personas que consumen sustancias acentúan el estigma y vulnerabilidad, y los expone a la falta de acceso a servicios de salud, educación y vivienda; asimismo, sitúa las intervenciones de reducción de daños en un lugar de tensión pues, aunque se basan en evidencia científica, se enfrenta a la dificultad de su propio sostenimiento.

Para este trabajo, se utilizó la metodología cualitativa que, por sus características está enfocada en indagar “en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan” (Vasilachis, 2006, p. 24). Es decir, la investigación cualitativa tiene la característica de ser una actividad socialmente situada en la realidad de las personas, busca entender al “otro”, parte de que estas observaciones son en -y entre- los mundos del sujeto observador y el observado, busca nuevos modos de hacer entendibles los mundos de experiencia abordados (Denzin y Lincoln, 2011).

El hecho de tratar de entender al “otro” requiere a su vez, comprender que quien observa lo hace a través de su propia mirada de género, lenguaje, clase, raza o etnia en un

contexto sociohistórico que muchas veces determina el sentido o las decisiones que orientan la investigación (Vasilachis, 2013). En este sentido, el tema del uso de sustancias, como ya se ha mencionado, está permeado por los discursos del llamado “problema de la droga”, la criminalización y los estragos del prohibicionismo, ello requiere reconocer que quien investiga no lo hace bajo una mirada libre de estos prejuicios, ni dilemas morales, por el contrario, se trata de reconocer que profundizar en las dinámicas de estos grupos requiere ejercicios continuos de reflexividad y ética. Estos cuestionamientos han ocurrido durante todo el proceso de la tesis y han implicado la discusión de dilemas éticos y morales.

También se parte de que, como plantean Denzin y Lincoln (2011) las ciencias sociales y humanidades deben ser espacios de conversación crítica sobre temas complejos y que requieren análisis multi e interdisciplinarios. En este caso, el consumo de sustancias es una realidad que existe y seguirá existiendo, y ha generado nuevos procesos y fenómenos sociales que demandan otras formas de abordarlo, analizarlo y comprenderlo. Por lo tanto, este trabajo se propone, poner en el centro a las mujeres y actores sociales que participan y hacen uso de las intervenciones de reducción de daños, situándolo en el contexto donde ocurre.

Ello exige un posicionamiento crítico, que toma como punto de partida el hecho de que consumir drogas inyectables coloca a la persona en un lugar de transgresión social que la vuelve sujeto/objeto de estigma y exclusión y que, a su vez, le imposibilita “usar su propia voz” e incluso ocupar un lugar digno en el mundo. Desde esta mirada se parte de que, las mujeres que se inyectan drogas han sido silenciadas e invisibilizadas por el consumo y vulnerabilidad en la que se encuentran. La reducción de daños propone una perspectiva de justicia y derechos humanos, sin juicios, coerción o discriminación (HRI, 2022) que contribuya a crear otras narrativas sobre las personas que consumen sustancias psicoactivas.

Lo que implica el compromiso de contribuir en la lucha contra el estigma y discriminación hacia las mujeres y personas que consumen sustancias psicoactivas.

Retomando las ideas de Ribeiro (2019; 2020) los grupos sociales oprimidos han vivido frecuentemente la deslegitimación e invisibilización de sus identidades y discursos, por lo que hablar desde un *lugar de enunciación* implica hacerlo desde el lugar social donde los grupos se originan. Esta postura propone promover la multiplicidad de voces y romper discursos universalizados sobre grupos subalternos y las formas en las que cada grupo experimenta las opresiones. Es una postura ética que responsabiliza al *sujeto con poder* y lo ubica en una visión crítica que pretende “romper con el régimen de autorización discursiva, el silenciamiento y/o supresión de saberes” (Ribeiro, 2019, p. 17).

Desde este entendimiento, quien nombra las opresiones de los grupos subalternos lo hace desde el lugar social que viene, a partir de una mirada crítica que garantice la multiplicidad de voces y perspectivas de estos grupos (Ribeiro, 2020). En este sentido, se parte de que los discursos sobre las mujeres que se inyectan drogas las ha colocado históricamente, en un lugar de inferioridad y subordinación que justifica el estigma. Desde la reducción de daños, se busca poner la voz de las PIDs en el centro, a través de sus experiencias de vida. Partiendo de estas premisas, es importante reconocer el papel del investigador, investigadora y su posición de privilegio frente a las realidades de mujeres que se inyectan drogas.

Hablar de sus vulnerabilidades requiere señalar el *lugar de enunciación*, personalmente este lugar lo encuentro en mi experiencia como promotora de reducción de daños, como he señalado, me ha llevado al cuestionamiento desde cómo entiendo el consumo de sustancias, cómo vivo las diferencias en cuanto a las sustancias que yo consumo y las sustancias que consumen las MID y el lugar que ocupo como estudiante de posgrado que me

convierte en un *sujeto con poder*, en palabras de Ribeiro (2019). Este posicionamiento que requiere de una constante autocrítica, un proceso reflexivo y un compromiso ético frente a las formas de nombrar las opresiones de estas mujeres, y los esfuerzos de las organizaciones civiles por visibilizar sus condiciones. Desde aquí entiendo mi lugar de enunciación, el lugar desde donde planteo el consumo de sustancias inyectables como un problema de investigación y desde donde me acerco a la población y los contextos que habitan, con el objetivo de documentar sistemáticamente los discursos y prácticas de las personas que participaron en esta investigación.

Para la realización de este trabajo se tomó en cuenta el enfoque etnográfico que “agrupa técnicas de investigación social centradas en la escucha, la observación, la inmersión en la cultura en cuestión y la traducción literaria de los procesos sociales” (Blásquez, 2016, p. 45). La etnografía busca describir sobre las relaciones entre las prácticas y significados que las personas les otorgan a ciertos aspectos de su vida social, implica realizar *comprensiones situadas* que, a su vez, puedan contextualizar escenarios concretos, que logren establecer conexiones y conceptualizaciones sobre otras realidades (Restrepo, 2018).

El trabajo etnográfico parte de una pregunta de investigación concreta, para Restrepo (2018), la pregunta o problema de investigación, logran situar lo que se observa, dado que prioriza o ayuda a seleccionar escenarios o relaciones concretas, sin perder de vista el contexto más amplio que rodea la observación. Para ello, se utilizó la observación participante que, según Taylor y Bogdan (1992) involucra la interacción entre quien investiga y los informantes en el medio donde se encuentran estos últimos, en el tiempo que se desarrolla, lo cual, se hace un registro sistemático, no intrusivo, de lo que se observa.

La información se registró en un diario de campo que contiene las notas realizadas durante el periodo de observación, este registro permite organizar y ordenar lo observado, a partir de

descripciones situadas en el terreno (Restrepo, 2018). Además, fue utilizada la entrevista semiestructurada, según Ruíz (1999) las entrevistas crean un marco donde se recogen datos que, es fruto de la convivencia entre entrevistador y entrevistado, quien investiga busca identificar qué es importante y significativo en el entrevistado, sus perspectivas e interpretaciones, su modo de ver y experimentar el mundo.

Desarrollo metodológico

Según Mendizábal (2006) se entiende como unidad de análisis aquello sobre lo que se estudiará, alude al sujeto u objeto sobre el que se estudian diversos temas, pueden ser individuos, procesos, programas, organizaciones, instituciones grupos, entre otros. Por ello, se establece como unidad de análisis de esta investigación: la relación entre las mujeres que se inyectan drogas y los servicios de reducción de daños que solicitan, entendidos estos como las actividades, interacciones, participación que ocurre entre las intervenciones de reducción de daños y las mujeres que los solicitan.

Este trabajo se realizó en la ciudad de Mexicali, Baja California, en la organización civil “Integración Social Verter, AC”, en adelante Verter AC, que ofrece servicios de reducción de daños en su centro comunitario ubicado cerca de la línea fronteriza y en el centro histórico de la ciudad. Su ubicación se debe a que en esta zona habitaban personas en calle, usuarios de sustancias y personas que ejercen el trabajo sexual. Este trabajo implicó la inmersión en campo que, según Ameigeiras (2006) significa ubicarse en un lugar en particular, donde interactúan los actores sociales involucrados y donde ocurren las situaciones y acontecimientos que serán observados.

En una primera etapa, el trabajo de campo se realizó de septiembre a diciembre de 2021 en las instalaciones de la organización, utilizando como técnicas de recolección de información: la observación participante y entrevistas semiestructuradas. La colaboración con la organización en 2018, facilitaron las gestiones y solicitudes de autorización para realizar observaciones dentro de las instalaciones. Se establecieron los primeros contactos en el primer semestre de 2021, para solicitar un espacio en la organización y explicar el objetivo del trabajo de investigación. La experiencia como promotora de reducción de daños permitió la observación participante, apoyando en el intercambio de jeringas, pruebas rápidas de VIH, sífilis y Hepatitis C, consejería, jornadas de pruebas rápidas en centros de tratamiento y lugares de encuentro, y demás actividades generales.

El objetivo de la observación participante fue documentar las actividades cotidianas de reducción de daños, las interacciones entre la población que solicita servicios y el personal de la organización. El acuerdo con la directora fue acudir al centro comunitario de lunes a viernes de 10:00 am a 2:00 pm, pero dadas las características del trabajo y las dinámicas diarias, en algunas ocasiones podía extenderse por las tardes. Si bien la observación se realizó principalmente dentro de las instalaciones del centro comunitario, en ocasiones se acompañaba a la trabajadora social a vinculación de usuarios a tratamiento en CAPASITS, entrega de insumos a mujeres trans que realizan trabajo sexual ubicadas a unas cuadras de la organización y apoyando en jornadas de pruebas rápidas en centros de tratamiento para uso problemático de sustancias.

Las observaciones se registraron en un diario de campo, centrándose principalmente en la documentación de: dinámicas cotidianas entre las personas que integran la organización y su interacción con las y los usuarios; los protocolos utilizados para las intervenciones y la prestación de servicios; la periodicidad con la que acuden las y los usuarios; las relaciones

que se establecen entre el personal y la población; y características del contexto que rodea al centro comunitario; así como reflexiones personales sobre la interacción con el personal de la organización y los usuarios.

El uso de esta técnica facilitó la identificación de mujeres que acudían con regularidad a solicitar servicios y que podían ser entrevistadas posteriormente. Galeano (2007) señala que, en el proceso metodológico, la observación participante tiene una naturaleza multiciclo o de desarrollo en espiral que hace repensar cada momento del proceso de investigación. Esta fase sirvió para explorar el problema de investigación, identificar prenociones, tensiones y conflictos internos y con otros actores sociales como instituciones del Estado y funcionarios públicos que, en su conjunto, influyen en el funcionamiento de la organización misma.

Durante esta primera fase, se complementó la observación con entrevistas semiestructuradas al personal de la organización: la directora, el coordinador de proyectos y la trabajadora social, quienes laboraban de tiempo completo en ese momento. Se identificaron a otros colaboradores, algunos temporales y otros que apoyaban de manera remota, por lo que se descartó su participación. El objetivo de la entrevista con la directora y el coordinador, ambos fundadores, fue identificar características del funcionamiento de la organización y de su trabajo de promoción de la salud con PIDs. En el caso de la trabajadora social, quien mantenía contacto constante con la población, el objetivo de la entrevista consistió en identificar características de la relación con la población y de su trabajo como promotora de salud de PIDs.

Los temas abordados en las entrevistas con la directora y el coordinador fueron: historia de Verter AC, prácticas e intervenciones de reducción de daños con la comunidad, características y necesidades de la población, financiamiento, relaciones intersectoriales, posicionamiento político de la organización. La entrevista con la trabajadora social abordó

temas como las intervenciones de reducción de daños, las interacciones con la población y su respuesta ante las intervenciones, características de la población y posicionamiento frente al estigma hacia la población consumidora de sustancias.

Cada una de las entrevistas contó con consentimiento informado (ver anexo 4) sobre el objetivo del trabajo de investigación y su utilización para fines académicos, además del permiso para ser audio grabadas. La entrevista con la directora tuvo una duración de dos horas y veinte minutos; con el coordinador una hora con cincuenta minutos; y con la trabajadora social dos horas once minutos. La información recabada a través de la observación participante y las entrevistas semiestructuradas, fue transcrita y organizada en el programa de análisis cualitativo Nvivo, cuyos ejes y subejos analíticos se describen más adelante.

La segunda fase de trabajo de campo fue en marzo de 2023, se realizaron entrevistas semiestructuradas a MID que solicitan servicios de reducción de daños en el centro comunitario de Verter, AC. El objetivo de las entrevistas fue identificar prácticas de autoatención y dinámicas de consumo entre MID. Los criterios de selección fueron: mujeres, usuarias del centro comunitario de Verter, AC, consumir sustancias inyectables y ser mayores de edad. Se realizaron once entrevistas, que se complementan con los registros en el diario de campo, centrados en documentar el contexto y condiciones materiales de las entrevistadas.

Durante la primera estancia de campo en 2021, se identificó a mujeres que acudían con regularidad a solicitar servicios, antes de contactarlas se realizó una reunión con la directora para darle a conocer la incorporación a campo y el objetivo de las entrevistas. Sin embargo, en la gestión de esta entrada a campo a inicio de marzo de 2023, la directora comentó que el desarrollo del proyecto de reactivación económica del centro histórico de Mexicali había avanzado notoriamente. Manifestó que, a raíz de ello, observaban menos

asistencia de la población, hasta que se emitieron las recomendaciones de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Baja California (2022) al gobierno municipal y Seguridad Pública, debido a las detenciones arbitrarias a población habitante de calle y consumidora de sustancias en enero de 2023.

Esta situación motivó la decisión de realizar acercamientos directos en los lugares donde habitan las mujeres, por lo que se recorrieron algunos espacios como el Hotel del Migrante que, hasta ese momento, era un hotel de bajo costo donde solía resguardarse parte de la población habitante de la zona. En marzo de 2024 se anunció su cierre debido a “falta de apoyo gubernamental” (Tapia, 2024), este lugar pertenecía a la agrupación Ángeles sin fronteras. Por otro lado, también se hicieron recorridos en calles, semáforos y lotes baldíos, donde la población suele trabajar haciendo actividades como limpieza de parabrisas o venta de productos como dulces, estos lugares se identificaron en la primera etapa de trabajo de campo.

Debido a que muchas de las MID no tienen un lugar fijo para vivir y se encuentran en movilidad constante, puede ser difícil ubicarlas. Por ello se utilizó la técnica de bola de nieve que “es elegida por proporcionar formas de contacto con poblaciones o grupos caracterizados como difícilmente accesibles” (Alloati, 2014, p. 1). Esta técnica permitió identificar lugares donde socializan, condiciones materiales de vida y tipos de vínculos que establecen entre pares. Los ejes temáticos de las entrevistas fueron: 1) datos sociodemográficos, 2) dinámicas de consumo, 3) servicios de reducción de daños solicitados en Verter, 4) prácticas de autoatención, contexto donde habitan, cabe mencionar que se utilizó la perspectiva de género de manera transversal en cada uno de los temas abordados (ver anexo 3).

Cada una de las entrevistadas firmó un consentimiento informado (ver anexo 5), todas las entrevistas se audio grabaron, el promedio de duración fue de 20 a 50 minutos. Debido a las condiciones de trabajo de campo, se presentaron algunas dificultades durante las entrevistas relacionadas con los lugares donde se realizaron, ya que algunas fueron en la vía pública, lo que impedía documentar y/o audio-grabar en mejores condiciones, y establecer un diálogo más cómodo. Aunque al mismo tiempo, permitió observar condiciones materiales de vida, dificultades de sobrevivencia y el estigma que se manifiesta en distintas situaciones de su día a día. De las once entrevistas, se decidió descartar una de ellas por no cumplir con los criterios de selección, dado que la entrevistada no participaba en las intervenciones de reducción de daños. Esta situación invitó a pensar en futuras investigaciones que documenten y comparen entre MID que acuden y las que no acuden a estas intervenciones.

Todas las entrevistadas son usuarias de heroína, la mayoría la combina con cristal o pastillas conocidas coloquialmente como *pingas*, también manifiestan ser consumidoras de fentanilo. Cuatro de las entrevistadas expresaron que, recientemente cambiaron la práctica de inyección por el uso de la pastilla M30 fumada, el resto sigue inyectándose. Es importante mencionar que, durante las entrevistas, una de ellas aparentemente se encontraba bajo el influjo de alguna sustancia, pues se distraía fácilmente, perdía el hilo de la conversación o mantenía periodos de silencio, sin embargo, no se descartó pues esta situación no se había considerado previamente como criterio de selección. Además, se parte de considerar la voz de las mujeres como central en el proceso de investigación, situándolas como sujetas de derechos.

Proceso de análisis y codificación

El proceso de codificación se realizó en concordancia con el trabajo de campo; partiendo de que la primera parte se centró en observar y documentar los procesos en la implementación de las intervenciones de reducción de daños, desde la promoción de la salud. Esta parte se centró en los datos recabados a través del diario de campo y las entrevistas semiestructuradas al personal de la organización, el primero permitió ubicar características del contexto que rodea a este espacio y procesos cotidianos en las actividades de reducción de daños; la información procesada de las entrevistas, permitieron obtener información para comprender el funcionamiento de la organización, las prácticas de promoción de la salud, historia, características de la población, entre otros.

De acuerdo con el planteamiento teórico, se definió operacionalmente la promoción de la salud como eje analítico principal, de este concepto se derivan ejes y subejos analíticos: 1) el *contexto*, del que se derivan contexto económico, físico, político y social 2) la *organización*, que a su vez se divide en acción comunitaria, acción intersectorial y acción política; y 3) la *población* que busca identificar características, necesidades y prácticas de consumo. Cada uno de estos ejes y subejos es descrito de manera más amplia en la siguiente tabla 1.

Tabla 1. Operacionalización de la promoción de la salud

Promoción de la salud	Respuesta social organizada para elevar la salud de las comunidades y sus poblaciones, es multisectorial y multidisciplinaria, se dirige a mejorar el entorno global, las condiciones de vida y las formas de vivir de la población, apunta hacia la equidad y se dirige principalmente hacia poblaciones vulnerables y en desventaja social, en sus acciones busca promover la
------------------------------	---

	salud de forma individual, pero considerando el contexto político, cultural y económico.
1) Contexto	Parte de comprender que las condiciones de salud de una población se relacionan con las características del contexto físico, social y ambiental, las cuales se agravan en situaciones socialmente desfavorables.
1.1 Contexto económico	Elementos del ambiente económico que intervienen en el trabajo de promoción de la salud de la organización.
1.2 contexto físico	Factores del entorno físico donde se desarrollan las actividades de promoción de la salud y donde habita la población.
1.3 contexto político	Factores políticos que favorecen las intervenciones de promoción de la salud.
1.4 Contexto social	Se refiere a aspectos sociales que intervienen para que se lleve a cabo el trabajo de promoción de la salud.
2) Organización	Se refiere a las actividades de reducción de daños que realiza se realizan en la organización.
2.1 Acción comunitaria	Funcionamiento general de la organización, intervenciones o programas implementados y prácticas de promoción de la salud que permitan comprender cómo se dan los procesos comunitarios entre los servicios de reducción de daños y las mujeres que solicitan los servicios.
2.1.1 Funcionamiento	Características del funcionamiento de la organización.
2.1.2 Historia	Explica cómo ha sido el proceso de la organización desde su fundación y cómo ha evolucionado a través del tiempo.
2.1.3 Personal	Describir las actividades que realizan, el papel que cumplen dentro de la organización, en cuanto a las actividades que realizan y las que implementan con la población.
2.1.4 Prácticas	Describir actividades e intervenciones que se realizan con la población que acude a solicitar servicios. Pueden ser: organizativas (para control interno), hacia las poblaciones, comunitarias y vinculaciones con otras organizaciones.
2.2 Acción intersectorial	Relaciones que establecen con otras instituciones o sectores para lograr la vinculación y servicios a la población, así como para lograr incidencia en políticas públicas.

2.2.1 Fondos financiamiento	Actividades de buscar fondos para proyectos e intervenciones de reducción de daños.
2.2.2 Interinstitucional	Actividades que realiza Verter con otras organizaciones o instituciones para fortalecer alianzas o redes interinstitucionales en torno a la reducción de daños o en beneficio y acceso a servicios para las poblaciones.
2.3 Acción política	Abarca el panorama sociopolítico del tema del uso de drogas, el posicionamiento de la organización y el trabajo de incidencia que realizan.
2.3.1 Incidencia	Todo aquello que implica una gestión externa en diversas temáticas o las actividades prioritarias de la organización.
3) Población	Se refiere a las PID que acuden a solicitar servicios de reducción de daños al centro comunitario.
3.1 Características	Características generales de la población, condición socioeconómica, rangos de edades, servicios que solicitan, entre otros.
3.2 Necesidades	Prioridades detectadas para la población que se inyecta drogas.
3.3 Prácticas de consumo	Prácticas de consumo, tipos de sustancias que consumen, necesidades de acuerdo con sus prácticas de consumo y contexto.

Fuente: Elaboración propia con base en el marco teórico.

A partir de la conceptualización y operacionalización se procedió a la codificación de las entrevistas y el diario de campo. Se obtuvo información de la historia, funcionamiento y programas implementados la organización, características del programa de reducción de daños que implementa la organización, prácticas de promoción de la salud, acciones intersectoriales, actividades y responsabilidades del personal, y principales características de la población que atienden, así como factores del contexto que influyen en su funcionamiento.

Algunas de las limitaciones en esta etapa, es que los datos se centraron principalmente a las actividades dentro del centro comunitario y en los horarios establecidos por la organización. Fueron pocas las ocasiones que se hicieron intervenciones en lugares externos

donde se reúne la población ya que, según las entrevistas, desde el recorte presupuestal las intervenciones comunitarias se han limitado principalmente al espacio físico dentro de la organización. A esto se sumaron algunas restricciones debido a la pandemia que continuaba en la segunda mitad de 2021.

Por otro lado, la segunda etapa de procesamiento de la información correspondió con el segundo momento de trabajo de campo, este se centró principalmente en las prácticas de autoatención de MID que solicitan servicios de reducción de daños, por lo que se definió operacionalmente la autoatención como eje analítico principal, el cual a su vez, se componía de subejjes de análisis: 1) características del contexto fronterizo; 2) padecimientos o dolencias; 3) prácticas de consumo; 4) servicios solicitados en la organización civil; 5) autoatención. Este último, es definido de acuerdo con la propuesta teórica de Menéndez (2018), que hace énfasis en las prácticas de prevención, el autocuidado, las redes sociales de las mujeres y los grupos de apoyo de ayuda mutua. En la siguiente tabla se presenta la operacionalización de cada uno de los elementos mencionados.

Tabla 2. Operacionalización de la autoatención

Nombre del código:	Descripción:
1) Autoatención	Se entiende la autoatención como las actividades que realizan los sujetos y grupos para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud. En este caso, se centra en las dolencias o padecimientos derivados del consumo de sustancias.
1.1. Autoayuda o grupos de ayuda mutua	Se centra en el papel de la organización como grupo de ayuda mutua apoyando con intervenciones de reducción de daños hacia la población que acuden a solicitar servicios.
1.2 Autocuidado	Se documentan prácticas de autocuidado en el consumo y en la vida diaria de MID, así como las medidas que toman para evitar abscesos, sobredosis u otros padecimientos.

Nombre del código:	Descripción:
1.3 Contexto mujeres	Se relaciona con el primer nivel de reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel micro que contribuye a atender y prevenir padecimientos, van desde: aseo, medio ambiente, entre otros. Se documentan características del contexto donde se encuentran las entrevistadas que permitan explicar condiciones en las que ocurre el consumo, características materiales de su vida en calle o en lugares transitorios, acceso a servicios de salud, relación con sus pares.
1.4 Prevención	Se relaciona con el segundo nivel de reproducción biosocial, se vincula al tratamiento y prevención de padecimientos y enfermedades de todo tipo. Se busca identificar prácticas y actividades de prevención de padecimientos o dolencias, pensando en el medio donde se ubican y las posibilidades de continuar con estas prácticas.
1.5 Redes sociales	Se centra en las relaciones sociales que establecen/mantienen las MID, sus redes de apoyo o ayuda, con sus pares, relaciones familiares, amistades, incluso con la organización.
1.6 Servicios de salud e instituciones	Como parte de la autoatención, se considera importante incluir la percepción de las MID sobre servicios de salud, instituciones y cuerpo policiaco, con el fin de visualizar las posibilidades de solicitar apoyo o atención en caso de necesitarlo.
2. Padecimientos o dolencias	Incluye los principales padecimientos o dolencias que manifiestan las MID.
3. Prácticas de consumo	Prácticas de consumo, incluye qué sustancias consumen, cómo y con quién.
4. Servicios solicitados en la organización	Servicios que solicitan en el centro comunitario de la organización y temporalidad con la que acuden.
5. Género	Principales aspectos asociados al género que experimentan las MID, destacan sus experiencias de maternidad, pareja, relaciones sociales, salud sexual y reproductiva y violencias que han experimentado.

Fuente: Elaboración propia con base en el marco teórico.

De acuerdo con el objetivo planteado, se codificaron las diez entrevistas realizadas a MID y las observaciones de campo. Cabe señalar que parte del análisis de estos resultados sobre autoatención de las MID serán publicados en la Revista Frontera Norte en septiembre de 2024, bajo el título "Mujeres que se inyectan drogas en Mexicali Baja California: una mirada desde la autoatención en salud". La publicación de este artículo científico es parte de los requerimientos para obtener el grado.

Además de los elementos planteados en los ejes de análisis, emergieron características de las dinámicas de consumo y cambios presentados desde la introducción del fentanilo, así como algunas implicaciones en la salud de las entrevistadas. En la siguiente tabla se presentan datos sociodemográficos de las mujeres, utilizando seudónimos para cuidar sus identidades, como se planteó en los consentimientos informados.

Tabla 3. Características sociodemográficas de las participantes

Pseudónimo	Edad	Lugar de nacimiento	Estado civil	Oficio	Grado de estudios	Hijos	Con quien vives	Qué sustancia consume	Acceso a servicios de salud
María	40	Mexicali	Viuda	Limpiar autos o realiza actividades sencillas para ganar dinero.	Universidad (tres años)	3	Pareja	Heroína con fentanilo, cristal, clonazepam, M30.	No
Lorena	59	El Centro, California	Soltera	Limpia casas ocasionalmente.	Preparatoria	5	Amigo	Heroína, cristal, marihuana, pastillas, ¡de todo!	No
Jessenia	30	Guadalajara	Soltera	Actividades informales como lavado de autos, entre otros.	No estudió	2	Pareja	Heroína y cristal.	No
Marcela	28	Mexicali	Unión libre	Ama de casa	Preparatoria	4	Pareja	Heroína con cristal.	No
Zandra	30	Mexicali	Soltera	Desempleada, habitante de calle.	3ro. secundaria	2	Sola	Heroína.	No
Gaby	32	Sonora	Soltera	Pide ayuda a la gente.	2do. secundaria	1	Sola	Heroína (fumada), cristal.	No

Andrea	55	Ciudad de México	Viuda	Juntar botes o chácharas para vender	Secundaria terminada	8	Sola	Heroína, cristal, marihuana, pastillas.	No
Selina	42	Ensenada, BC	Soltera	Limpia vidrios en el semáforo, principalmente.	Sexto primaria	4	Sola	Heroína, fentanilo, cristal.	No
Laura	60	Guasave, Sinaloa	Viuda	Limpia casas de vez en cuando.	Primaria terminada	4	Sola	Heroína con cristal.	No
Phily	27	El Centro, California	Soltera	Trabajaba en una tienda.	Primero secundaria	2	Sola	Heroína, pastillas, cristal, marihuana.	No

Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a mujeres.

Para caracterizar a las entrevistadas, se identifica que sus rangos de edades van desde los 27 a 60 años. Tienen entre 8 y 30 años consumiendo heroína inyectada; 50 por ciento viven solas y habita en calle, en casas abandonadas o en lotes baldíos, 30 por ciento vive en pareja; y, 20 por ciento renta en hoteles de bajo costo cerca de la línea fronteriza. Se dedican al trabajo informal, principalmente limpiando parabrisas en los semáforos, a juntar botes de aluminio en la calle para vender y a hacer trabajos temporales de limpieza. Aunque no manifestaron realizar trabajo sexual en el momento de la entrevista, al menos el 50 por ciento expresó realizarlo en algún momento de sus vidas. Tres de ellas nacieron en Mexicali, cuatro migraron junto con sus familias desde otros estados del país, y se asentaron en esta ciudad fronteriza; una de ellas fue deportada de Estados Unidos y se quedó en la ciudad; dos nacieron en El Centro, California.

Todas son madres, pero ninguna vive con sus hijos, algunos de ellos viven con sus familiares y otros están bajo la tutela de instituciones del Estado o viven con familiares. Ninguna tiene acceso a servicios de salud. Las sustancias que consumen son: heroína, metanfetamina, marihuana, pastillas conocidas como M30, todas las entrevistadas manifestaron combinar el uso de heroína con metanfetamina. Se pudo constatar el desplazamiento, ocasionado por el proyecto de desarrollo económico del centro histórico de

Mexicali hacia calles más alejadas de esta zona, pues según testimonios, se ha intensificado el acoso policiaco hacia poblaciones habitantes de calle, resultando como tema emergente los procesos de gentrificación y desplazamiento, como se detalla más adelante en la sección de resultados.

Consideraciones éticas

A lo largo de este trabajo, han surgido consideraciones éticas que emergieron durante el proceso de investigación e implicaron una serie de reflexiones y cuestionamientos. La primera, surge a partir de la colaboración previa con la organización, como se describió en la introducción, por un lado, facilitó la gestión para la incorporación a trabajo de campo dentro y fuera del centro comunitario, así como establecer relaciones más cercanas, principalmente con la directora y la trabajadora social. Pero también implicó cuestionamientos sobre los límites entre el papel de investigadora y el posicionamiento personal sobre el tema a investigar.

Lo que propició ejercicios de reflexibilidad que, como refiere Ameigeiras (2009) se sustentan en la relación que se establece con los sujetos involucrados, quien investiga y los actores sociales, los cuales se sitúan en una sociedad y contexto determinados. La reflexividad del investigador converge con la reflexividad del sujeto investigado, permitiendo una comprensión básica desde la singularidad de cada uno. Implica pensar la investigación desde una mirada crítica, que cuestione la propia subjetividad, prejuicios y dilemas en la forma de pensar, analizar, comprender, acercarse e intervenir con las personas implicadas en estos procesos.

Si bien, en la investigación social y en los estudios cualitativos, los roles de investigador y participantes involucrados no son estables ni constantes, emergen en la interacción dentro de espacios sociopolíticamente configurados que deben ser considerados desde la ética (Villalta, Garrido y San Martín, 2022). En este sentido, explorar desde una mirada ética los límites entre la posición de investigadora y el posicionamiento personal, implicó explorar en las propias ideas preconcebidas del consumo de sustancias, el papel como promotora de reducción de daños y la definición del *lugar de enunciación*.

Guerra y Zwitser (2022) documentaron que hay una conexión profunda entre el activismo y las experiencias subjetivas de las personas que se involucran en la reducción de daños. Si bien, el interés por este tema como problema de investigación, surgió a partir de la experiencia comunitaria y dentro del ámbito del activismo, durante el trabajo de campo este papel no fue estático. En la cotidianidad de las intervenciones, y al escuchar las dificultades de la población en distintos ámbitos de sus vidas, era inevitable no generar preocupación o interés por apoyarles más allá de la entrega de jeringas o vincularlos a tratamiento. Sobre todo, porque formaba parte del compromiso del personal por apoyar y visibilizar los derechos de esta población.

Era común que, aunque la organización anunciaba tener un horario de 10:00 am a 6:00 pm este se extendiera, en ocasiones hasta las 8:00 pm o dependiendo de las eventualidades del día. Era cotidiano que la directora, el coordinador o la trabajadora social corrieran tras el llamado de sobredosis o alguna emergencia de los usuarios, ellos mismos llegaban solicitando apoyo, para sí mismos o sus pares. En varias ocasiones fue notorio el cansancio de los integrantes. Ante esas situaciones, era difícil mantenerse estática o solo observando, había que apoyar de alguna manera en las urgencias inmediatas. Sin embargo, en un punto fue necesario e importante hacer un alto y solo observar, volver al objetivo del

trabajo de investigación, centrarse en documentar y respetar los procesos de las personas involucradas, así como las decisiones y prácticas de la organización.

En este contexto, surge la necesidad de pronunciar un *lugar de enunciación*, como punto de partida para la investigación y como compromiso ético y político sobre el tema. El documentar las dificultades de la organización para continuar con su trabajo y su convicción política sobre el tema, así como escuchar a la población y sus experiencias de vida, constituyeron hechos que atravesaron el posicionamiento político y epistemológico del trabajo y del papel de investigadora. Esta experiencia reforzó el compromiso ético en el tema y en la relación que se establece con las personas involucradas, así como la necesidad de mantener la auto-observación y reflexividad en cada etapa del proceso, y en el procesamiento e interpretación de la realidad observada. En este proceso, había que documentar las prácticas de las y los participantes, desde una mirada crítica y como un ejercicio autónomo situado desde la academia. En la gestión para el acceso al espacio, se aclaró que esta investigación era para documentar las intervenciones de reducción de daños. En este sentido, se analiza desde lo documentado sistemáticamente y pensado desde el marco teórico propuesto, reconociendo sus límites y alcances.

De estos cuestionamientos surge otra consideración ética, la relación con la población durante el proceso de investigación. Al acudir a los lugares donde se encontraban las mujeres, se estableció como prioridad mantener estrategias de autocuidado, como caminar por calles transitadas, acudir durante el día y respetar la técnica de bola de nieve para establecer contactos con las mujeres, así como darle a conocer a la directora la introducción a campo y el objetivo de las entrevistas.

En este proceso, fue importante el consentimiento informado y el respeto a la confidencialidad de las respuestas. En el caso de las entrevistas al personal, fue claro y

conciso. Con las mujeres, al tratarse de personas que viven en exclusión y estigma, fue importante vigilar la no revictimización. De tal manera que, como señala Santi (2016) el consentimiento informado es requisito ético importante y otorga información a la persona sobre la investigación, con el propósito de que tome una decisión autónoma. Si bien se determinaron criterios de selección, ocurrieron dos situaciones importantes.

La primera, durante la entrevista en la casa de una de las mujeres, ella pidió *curarse* antes de iniciar, la entrevista transcurrió normal y ella expresó sus respuestas con confianza. En el segundo caso, la entrevistada aparentemente acababa de *curarse*, o de acuerdo a lo expresado posteriormente por otra de las entrevistadas. Esta participante a lo largo de las preguntas, divagaba o mantenía periodos de silencio. Estas situaciones ponen en diálogo y reflexión que, el consumir sustancias psicoactivas no necesariamente es sinónimo de que una persona no sea capaz de tomar sus propias decisiones y deba respetarse su autonomía. Así también, ponen en discusión los límites y alcance de los criterios de selección, y los alcances éticos de la investigación social en el trabajo con poblaciones socialmente excluidas y que tienen problemas de salud mental que por su condición de exclusión no son atendidos.

Castro (2014) propone una serie de reflexiones que no marcan un final, sino un punto de partida en el proceso investigativo y que pueden ser pertinentes para este caso. Propone desarrollar reflexiones sistemáticas a partir de casos específicos y contextos concretos, de manera que sirvan como experiencias, principios o recomendaciones para otros trabajos, promover la discusión entre pares. Lo que constituye ciertos retos, como el encontrar mecanismos adecuados entre la tensión que pueden originar y la tentación de des-socializar el tema y reducirlo a asuntos personales (Castro, 2014).

La ética en el trabajo investigativo con poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad, cobra especial relevancia ante la necesidad de construir espacios que

cuestionen la forma cómo construimos el conocimiento, la posición de quien investiga, y las propuestas desde la descolonización de los saberes que abra la visión y experiencias desde las voces históricamente silenciadas e invisibilizadas.

CAPÍTULO V: ¿La reducción de daños como estrategia de promoción de la salud?

*Mucha gente pequeña,
en lugares pequeños,
haciendo cosas pequeñas,
pueden cambiar el mundo.*

Eduardo Galeano

La CONADIC (2020) reconoce la precariedad en la que se encuentran las personas que consumen sustancias inyectables y la notable carencia de servicios de salud y bienestar social que prevalece, así como la dificultad para hacer una caracterización de las y los usuarios de sustancias, dada la heterogeneidad de situaciones y contextos en los que se da el consumo y en los que sobreviven las poblaciones. La implementación de los programas de reducción de daños desde las organizaciones de la sociedad civil ha permitido, según Guerra y Zwitter (2022) impulsar la visibilidad de la problemática de las personas usuarias de sustancias ilícitas, así como exponer la indiferencia y el abandono institucional y social en el que se encuentra la población.

Desde una mirada de promoción de la salud, se propone otorgar a las personas los medios necesarios para incrementar su salud con el fin de mejorarla, y que tome en cuenta sus condiciones sociales, ambientales y económicas (Coronel y Marzo, 2017). Además, que parta de vincular los procesos de salud-enfermedad con las condiciones de vida y los servicios a los que tienen acceso (Ordoñez, Arenas, Ramsey y Casas, 2008). En el caso latinoamericano, uno de los retos de la promoción de la salud ha sido superar la pobreza e inequidad social, con intervenciones que logren actuar en las bases sociales de los procesos

de salud-enfermedad, los determinantes sociales o la génesis de las inequidades sociales (Coronel y Marzo, 2017).

Se ha propuesto una promoción de la salud que refuerce la acción comunitaria y cuente con la participación activa de la población, a través de relaciones horizontales con las personas (Ordoñez et al, 2008). En este sentido, las intervenciones de reducción de daños como estrategia de promoción de la salud han posibilitado pensar a la población inyectora como una comunidad con características específicas y problemas concretos de acceso a la salud, que tiene diferencias marcadas en relación con otras poblaciones o grupos, debido al estigma sobre el consumo de sustancias ilícitas. Sin embargo, aunque el trabajo de organizaciones civiles de reducción de daños ha dado respuesta a problemas de salud pública que persisten en la frontera norte, se encuentran ante el “desamparo” político, dado el recorte de financiamiento en 2019 que, ha trastocado “las estrategias de operación de estas organizaciones, particularmente las más pequeñas, jóvenes y de carácter comunitario” (Ospina-Escobar, 2019).

Pensar en una promoción de la salud que logre activar a la población y otorgue herramientas que fortalezcan a las comunidades, deberá contar con los medios y recursos necesarios para realizar esta labor. Para las organizaciones civiles, al menos en el contexto mexicano, la relación que mantienen con los gobiernos “suele ser contradictoria, pues colaboran con las políticas sociales, pero denuncian las prácticas que consideran erróneas por parte de las instituciones gubernamentales” (Moreno y Niño, 2013). Estas condiciones dificultan y complejizan el trabajo de promoción de la salud desde las organizaciones civiles. Quienes se han caracterizado por mantener una postura crítica y generalmente proponen cambios estructurales e influir en las políticas públicas (Moreno y Niño, 2013).

Este capítulo tiene por objetivo describir las características del programa de reducción de daños y las intervenciones comunitarias que realiza la organización civil “Integración Social Verter, AC”, específicamente con MID. Primeramente, se contextualiza el lugar donde se realiza este trabajo, partiendo de que la promoción de la salud mantiene una relación con el lugar donde ocurre y a su vez, con la condición de las comunidades, en este caso, la comunidad de personas que consumen sustancias inyectables. Se describen las características sociales, económicas y políticas del entorno donde opera la organización, después el trabajo de la organización, su funcionamiento y prácticas, con la intención de situar el marco en el que desarrollan las intervenciones de reducción de daños y de promoción de la salud; por último, se describen algunas características de la comunidad que se inyecta drogas en Mexicali.

Una mirada de Mexicali, su “tango” y el consumo de sustancias

La ciudad de Mexicali es la capital del estado de Baja California, una de sus principales características es el contraste entre el desierto y la frontera. Al norte colinda con Calexico que forma parte de Valle Imperial del estado de California EEUA; al sur se encuentra la playa de San Felipe, al este San Luis Rio Colorado, Sonora y al oeste La Rumorosa, seguido de Tijuana. En ella se encuentran las oficinas de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial del estado. Sus temperaturas son extremas, en verano puede llegar hasta los 50 grados centígrados, es una de las ciudades más calurosas del mundo y con menor cantidad de lluvia durante el año; mientras que en invierno la temperatura puede llegar hasta 0 grados centígrados. Posee suelos áridos y semiáridos, y su uso de suelo es agrícola, industrial y turístico. El sector agrícola se concentra en el Valle de Mexicali con más de 200 mil

hectáreas. La zona industrial está en el área urbana, algunas empresas se encuentran ubicadas a lo largo de la vía del ferrocarril, siendo en su mayoría, industrias de transformación. El sector turístico abarca principalmente el Río Hardy y el Puerto de San Felipe (Gobierno de Mexicali, 2022).

Se estima que la ciudad rebasa el millón de habitantes, y que sostenga los niveles de inversión pública y privada, lo que implicaría la instalación de grandes empresas y por consecuencia generación de empleos en el corto y mediano plazo. En cuanto a la actividad económica, el 35.5% de la población se dedica a servicios financieros, profesionales, en gobierno y otros; 17.1% a comercio y 24.8% en la industria de la transformación; la actividad agrícola genera 0.8% del total de empleos. Se estima que predomina la vivienda denominada popular con un 38% del total de las viviendas, así como 20% de viviendas de interés social; destaca que las viviendas consideradas precarias ocupan un 4.3%., aunque no definen específicamente en qué consiste (Gobierno de Mexicali, 2022).

La ciudad de Mexicali posee dos puertos fronterizos, uno ubicado en el oriente de la ciudad (de reciente creación) y otro en el centro histórico. El mismo gobierno de la ciudad explica que el acceso por la vialidad centro ubicado en el Bulevar López Mateos presenta una imagen deteriorada y desordenada, con gran cantidad de letreros de todos tamaños y colores que ocupan gran parte del espacio visual. Con banquetas invadidas por vendedores ambulantes que dificultan la circulación de peatones; considera que hay una mezcla indiscriminada de uso de suelo de pequeños establecimientos comerciales y de servicios conformado por casas de cambio, venta de artesanías, taquerías, farmacias, consultorios médicos y dentales. Esto ocasiona que se note la ausencia de espacios de estacionamiento, largas filas de transportes urbano y de taxis, además de gran cantidad de basura en la vía

pública y mal aspecto de las construcciones, dando una imagen sucia del primer cuadro de la ciudad (Gobierno de Mexicali, 2022).

La zona centro también se caracteriza por la presencia de bares y cantinas, así como hoteles, cuarterías y albergues. En algunos hoteles es común observar que se ejerce el trabajo sexual. Otro aspecto importante de la ciudad es el intercambio que se da entre los habitantes de Mexicali y Calexico; diariamente se pueden ver largas filas en auto o a pie para cruzar a Estados Unidos. En estas filas, se puede advertir la presencia de personas que trabajan en los campos agrícolas de Valle Imperial, conocidas coloquialmente como “fileros” (derivada de la palabra en inglés “*field*”), quienes son personas que regularmente trabajan en la ciudad vecina y viven en Mexicali. Es común observar la influencia de la cultura chicana en la vestimenta de algunas personas y la presencia de música con toques de soul y jazz de los años 50’s y 60’s sobre todo entre jóvenes y personas mayores de colonias antiguas de la ciudad o cercanas a la línea fronteriza. El centro de la ciudad es conocido coloquialmente como “*tango*” (derivado de la palabra en inglés “*downtown*”). En el *tango* se encuentra Integración Social Verter, AC.

Por otro lado, esta ciudad, así como otras ciudades de la frontera, ha sido lugar de tránsito y destino de migrantes, así como solicitantes de asilo en EU y refugiados. Ramírez-Meda y Moreno-Gutiérrez (2021) documentan que en 2017 arribaron alrededor de 4 mil migrantes haitianos, de los cuales 75% se albergó en Tijuana y 25% en Mexicali. También que entre 2018 y 2019 ocurrió la llegada de tres caravanas migrantes principalmente de origen centroamericano; como parte del programa denominado “Quédate en México” y poniendo en marcha los Protocolos de Protección al Migrante (MPP) en enero de 2019, según dan cuenta estos autores, ocurre la deportación de 38,291 personas en cinco puertos de entrada a Estados Unidos, de los cuales 13 mil fueron contabilizadas en el estado de Baja

California. Estas cifras permiten tener un panorama general de la situación de la migración actualmente.

En el caso de Mexicali se tiene que, existen alrededor de 11 albergues, mismos que vieron saturada su capacidad, por condiciones como el programa MPP, la llegada de la pandemia por Covid-19 y la suspensión del Fondo de Apoyo a Migrantes (FAM) cuyos gastos de operación eran utilizados por organizaciones de la sociedad civil (Ramírez-Meda y Moreno-Gutiérrez, 2021). Se puede decir que la situación para las y los migrantes en Mexicali es de vulnerabilidad y marginación, muchos de ellos rondan en la zona centro mientras esperan el avance de sus procesos migratorios, es común observarlos en las calles, algunos buscan activarse económicamente y venden dulces y otros productos a los transeúntes y vehículos.

En contraste, el gobierno de Mexicali (2022) reconoce que en la zona centro, persisten problemas de incompatibilidad de uso de suelo, inseguridad, depresión de la actividad económica, mala calidad del espacio público, ocupación irregular de la vía pública, así como conflictos entre vehículos y peatones. Aunque históricamente el centro histórico de la ciudad se ha percibido como peligros y abandonado, en el Plan de Desarrollo proyecto a 2025, el gobierno de la ciudad plantea como uno de sus macroproyectos urbanos la reactivación del centro histórico y comercial de esta zona, aunque no detalla cómo se llevarán a cabo.

Por otro lado, Ramos (2002) explica que uno de los impactos de la inseguridad pública y la presencia de grupos criminales, se traducen en la erosión de la estructura social fronteriza, que cuestiona la legitimidad de las acciones del gobierno en contra de los actos de violencia. Ovalle (s.f.) destaca que dinámicas locales como el flujo de drogas, dinero y armas, la violencia asociada, y la propagación de una cultura del narcotráfico forman parte de una red transnacional que demanda cantidades importantes de sustancias psicoactivas ilícitas,

principalmente cocaína, heroína y marihuana. Es así como, las expresiones de violencia forman parte de la cotidianidad de las personas que habitan en la zona fronteriza. En Mexicali, la zona centro es asociada con el consumo y presencia de sustancias psicoactivas, además de delitos como robos o asaltos.

En el tema de percepción de seguridad, según la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2019) el 38.1% de los hogares en Baja California tuvo al menos una víctima de delito durante 2018. El 73.8% de la población consideró la inseguridad como el problema más importante en el estado. Almanza, Gómez y Chapa (2021) explican que el sentimiento de inseguridad se construye a partir de diversas condiciones contextuales y que, aunque la percepción del delito incluye situaciones violentas o preocupantes, estas no necesariamente son tipificadas como delitos. Sin embargo, el narcotráfico tiene diferentes formas de influir en el sentir de inseguridad, y se manifiesta a través de la presencia de venta de drogas en las colonias, uso de la violencia y en casos más extremos las desapariciones.

Según CONADIC (2020) que obtuvo datos de la ENCODAT 2016-2017 para caracterizar los servicios para personas que consumen heroína y fentanilo, el estado de Baja California posee dos de las ciudades con mayor prevalencia en el consumo de sustancias inyectables en el país, Tijuana y Mexicali, que tuvieron una demanda de atención por consumo de heroína de 9.3% y 12.6% respectivamente. Identificaba a los usuarios de heroína y otros opioides como personas jóvenes de más de 30 años, que llevan por lo regular, entre 15 y 20 años consumiendo, la mayoría son hombres. Esta población regularmente cuenta con características específicas como poco apoyo familiar y social para subsistir, por lo que buscan integrarse con sus pares.

Por su parte, el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC, 2017) reporta que en el estado la principal droga de impacto fue la metanfetamina con 37.8%, seguida de la marihuana con 30.2% y la heroína con 12.6%; sobre esta última sustancia, se tiene que el estado ocupa el segundo lugar a nivel nacional por debajo de Chihuahua con 16%. Este mismo organismo considera que las prácticas de consumo varían a nivel nacional dependiendo de la ubicación geográfica; la cercanía con Estados Unidos promueve que haya disponibilidad de algunas sustancias que en otros lugares del país son de difícil acceso, lo que conlleva a distintas prácticas culturales de consumo.

Las instituciones de atención al consumo disponibles son unidades ambulatorias y residenciales, principalmente Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) y Centros de Integración Juvenil (CIJ) estos espacios se caracterizan por contar con protocolos de atención específicos. La CONADIC (2020) reconoce que estos protocolos impiden atender problemas inmediatos como, personas que presenten niveles agudos de intoxicación o suministrar medicamentos para reducir síntomas de la abstinencia. Además, algunos centros suelen limitar el ingreso a usuarios de heroína, dado los altos grados de complejidad que implica atender a esta población. Sumado a esto, se reporta el desabasto de metadona y cierre de clínicas que proveían este servicio (Alonso, 2023). Además, estos espacios se enfrentan a limitaciones en el acceso a otros medicamentos como la naloxona, y que no mantienen contacto con establecimientos residencial de uso de sustancias para referir a las personas en caso de ser necesario (CONADIC, 2020).

Los centros de tratamiento residencial para uso problemático de sustancias tienen la característica de trabajar desde una mirada biomédica, que suele reforzar el discurso médico sobre las personas que consumen sustancias psicoactivas. Cabe destacar que el Gobierno de Baja California (2024) da a conocer la instalación del “Comité interinstitucional y de la

sociedad civil de reducción de riesgos y daños del estado de Baja California” como un esfuerzo para garantizar servicios de salud oportunos para personas usuarias de sustancias psicoactivas y estar en sintonía con el trabajo de las organizaciones civiles.

En este sentido, la presencia de las organizaciones civiles de reducción de daños surge como una respuesta a las dificultades de salud que atraviesan las personas que consumen sustancias. En el caso de Verter AC, su ubicación es porque se encuentra en los lugares donde confluye la población consumidora, las personas que habitan en calle, población migrante, personas que ejercen el trabajo sexual, entre otras en condición de vulnerabilidad.

Además de Verter, hay albergues y comedores para migrantes, es común observar la presencia de otros actores sociales como Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Comisión Estatal de Derechos Humanos de Baja California (CEDHBC), Border Kindness, que es una organización sin fines de lucro, proveniente de Estados Unidos que, hasta 2023, brindaba atención médica de manera gratuita. Hay trabajo colaborativo entre estas organizaciones para vinculaciones, canalizaciones o atención de casos específicos. Es común también la presencia de la Policía Municipal, Estatal y recientemente la Guardia Nacional en las calles de esta zona.

Hay amplia presencia de la comunidad china tras el fortalecimiento del proyecto de desarrollo económico impulsada como atractivo turístico, además de comercios, tiendas de ropa, restaurantes y farmacias. Según expresa la directora de Verter, AC (septiembre de 2021) algunos locatarios cercanos a la organización, han mostrado inconformidad por su presencia en esta zona, pues persiste la percepción de que promueven el consumo y la presencia de personas usuarias de sustancias, dando mal aspecto a la zona. Esto podría ser un ejemplo, según Guerra y Zwitter (2022) de que las organizaciones civiles de reducción de daños se enfrentan a la estigmatización ciudadana, que se origina por el desconocimiento y

desinformación sobre el trabajo que realizan, dando como resultado procesos de estigmatización y rechazo a su labor.

Siguiendo con la caracterización del contexto local, el centro comunitario de Verter, AC se encuentra a lado del Museo de la Comida China y frente a “La Chinesca” que es un callejón que alberga parte de la cultura y estilo de vida chinos, además a unas cuadras está el Monumento a la Pagoda China, ya que la población originaria de este país tiene una importante e histórica presencia cultural y económica en esta zona fronteriza (Martínez y Dussel, 2016). Esta área sirve de atractivo turístico, los fines de semana se hacen recorridos nocturnos por los túneles y sótanos donde solía vivir la comunidad china.

Desde 2018 se buscó implementar un proyecto que tiene como fin “reactivar el centro histórico”. El portal del gobierno municipal (Gobierno de Mexicali, 2020) anunció que, en conjunto con la Asociación China en Mexicali y el gobierno estatal, se invertirían 40 millones de pesos a través de la Secretaría de Infraestructura, Desarrollo Urbano y Reordenación Territorial (Sidurt), para realizar trabajos de modernización en la zona, que forman parte de un proyecto llamado “Distrito de Regeneración Económica La Chinesca” cuyo propósito es ser un centro turístico y de atracción que genere inversión económica.

En este marco de modernización del centro histórico, diarios locales reportan que la exalcaldesa (2019-2021) y ahora gobernadora del estado de Baja California Marina del Pilar Ávila Olmeda (2021-2027), echó a andar un proyecto de desalojo de aproximadamente 300 personas en condición de calle que se ubican en el parque “El Mariachi” y calles del centro de la ciudad (Reyes, 2020). Esta zona era utilizada principalmente por las poblaciones habitantes de calle para resguardarse de los climas extremos. El diario local “El Periodiquero” (2020) explica que estas acciones son parte de la reactivación de la zona del centro histórico y, aunque la gobernadora recibió críticas, contó con la aprobación de

comerciantes de la zona. En este mismo diario se relata que estas personas son reubicadas en centro de tratamiento y albergues por voluntad propia, y que se tuvo la vigilancia de la CEDHBC.

Sin embargo, el coordinador de proyectos de Verter, AC (octubre de 2021) explica que no hay un documento, ceremonia, nota periodística o evidencia oficial que dé cuenta de que este organismo acompañó el proceso de reubicación de las personas en condición de calle en la zona centro, por el contrario, denuncia que hubo detenciones arbitrarias. Durante el trabajo de campo, se pudo documentar que personas que asisten al centro comunitario manifestaron que fueron llevadas, en contra de su voluntad, a centros de tratamiento para uso problemático de sustancias y algunos reubicados a otras ciudades, incluso sin notificarles a sus familiares.

Ante esta situación, la organización realizó alrededor de treinta acompañamientos para poner la denuncia correspondiente ante la fiscalía general del Estado y la CEDHBC. Durante el tiempo de observación, se documentó que la policía municipal realizaba retenes en calles del centro de la ciudad, algunas aledañas a Verter, lo que ocasionaba que la población que acudía a solicitar servicios se mantuviera “oculta”, evitando exponerse y ser arrestada. Estas prácticas policiacas influían en la cantidad de afluencia de población a la organización, se observó que algunos días su asistencia disminuía considerablemente.

En enero de 2023 se da a conocer que, la CEDHBC publicó la Recomendación No. 5/2022, que muestra evidencia para acreditar las “detenciones arbitrarias e internación involuntaria en centros de tratamiento para la drogodependencia derivados del plan maestro de reactivación del centro histórico de Mexicali” (2022) ocurridas durante el periodo de octubre de 2019 a septiembre de 2020. Documentaron que los procedimientos de detención

no fueron adecuados y no se llevaron de acuerdo con los protocolos de actuación, lo que afectó alrededor de 600 personas que fueron internadas en centros de tratamiento.

Explican que “tales acciones devienen de decisiones coordinadas y estructurales que permitieron fortalecer un contexto de violaciones a derechos humanos” (CEDHBC, 2022) hacia población en condición de calle y consumidora de sustancias. Reconocen además que, este escenario de criminalización y discriminación hacia las poblaciones propicia actos de limpieza social justificados a través de la recuperación, orden y control de los espacios públicos.

Ante la publicación de estas recomendaciones, dirigidas hacia la presidenta Municipal del XXIV Ayuntamiento y el director de Seguridad Pública Municipal de Mexicali, se considera precedente de reparación de daño a las víctimas, que busca medidas de satisfacción y garantías de no repetición, que incluya un padrón de datos y diagnóstico sobre las condiciones de las personas habitantes de calle, a quienes se dirige un Plan Estratégico Integral a las Personas que Viven en Calle. Se exhorta a realizar inspecciones en centros de tratamiento, así como capacitación en reducción de daños y políticas de drogas a personal de seguridad pública y jueces municipales.

En esta recomendación, se reconoce la labor de Verter, AC como actor social ante la desatención de las autoridades y las violaciones de derechos humanos a la población, por lo que considera indispensable que las autoridades brinden colaboración y apoyo para el funcionamiento de este espacio. En marzo de 2023, tres meses después de esta publicación, la directora de Verter (comunicación personal, marzo de 2023) comenta que no ha habido voluntad política para cumplir con estas recomendaciones y que el proyecto de reactivación económica sigue su curso, además explica que, a esa fecha observan menos presencia de la población en la zona y en la misma organización.

Blanco y López (2007) explican que determinar y ubicar las características del entorno y el territorio, permite avanzar en la identificación de zonas que responden a condiciones particulares de espacialidad y que determinan la calidad de vida de las personas que habitan estas zonas que, a su vez, se vinculan con procesos de salud-enfermedad. En este caso, se puede observar que las condiciones locales, legitimadas por las autoridades del Estado, limitan el trabajo de la organización y condicionan el acceso de la población a servicios de salud y de reducción de daños, obstaculizando sus derechos.

Se puede observar que la promoción de la salud opera en un escenario restringido por factores políticos, económicos y sociales que se vuelven determinantes en la condición de vida del grupo de personas que solicitan servicios la organización y a su vez, refuerza el “ocultamiento” y la dificultad para acceder a la población. Blanco y López (2007) explican que procesos de deterioro desigual de la calidad de vida, son expresados en patrones polarizados de riesgo/daño/atención según distintos territorios-población que, produce un efecto de invisibilidad social hacia poblaciones/espacios precarizados.

Reducción de daños y promoción de la salud: el caso de Verter, AC

Al igual que la promoción de la salud, la reducción de daños en Latinoamérica opera bajo condiciones distintas a lo que ocurre en países del primer mundo, factores como la violencia, la desigualdad y pobreza influyen en su implementación y efectividad. El contexto fronterizo con la complejidad que conlleva en sí mismo ofrece un escenario en disputa, entre distintas problemáticas y la respuesta de los actores sociales involucrados. Las iniciativas de reducción de daños desde la sociedad civil organizada se han caracterizado por actuar en la base de los riesgos y daños del consumo de sustancias. A nivel individual busca garantizar el derecho a

la información, la salud o el libre desarrollo de la personalidad; en el plano colectivo, trata de fortalecer a las comunidades y el medio donde habitan (Guerra y Zwitter, 2022).

Los procesos de promoción de la salud involucran a los actores que la implementan, los recursos disponibles, las actividades que desarrollan y la participación de la población, así como la intersectorialidad como elemento esencial para lograr el acceso a la salud. Tomando en cuenta estos elementos, se describe y analiza el trabajo de reducción de daños de la organización civil “Integración Social Verter, AC, su historia, programas que implementa y prácticas de promoción de la salud identificadas.

Breve historia de Verter, AC

En 2012 *Population Services International*⁷ (PSI) que tenía oficinas regionales en el centro de Mexicali, anuncia a su personal que suspendería sus actividades en la región. Esta decisión significó, para quienes laboraban en ese tiempo, la posibilidad de dar continuidad a las actividades mediante la creación de una organización civil. Fue así como alrededor de trece a quince de sus integrantes, fundaron “Integración Social Verter, AC”, conformada legalmente en marzo de 2013. Al momento de trabajo de campo en 2021, laboraban tres personas de tiempo completo, dos de sus fundadores: la directora y coordinador de proyecto; y la trabajadora social. Además, en ese tiempo, había personas que colaboraban como externos, quienes impulsaban actividades de investigación, y colaboradores eventuales, que apoyan en proyectos específicos por tiempos determinados.

⁷ Organización de salud no lucrativa que desarrolla e implementa programas enfocados en VIH, salud reproductiva, malaria, entre otros en varias regiones del mundo. Ofrece servicios para la salud de personas vulnerables.

En 2021, se desarrollaban proyectos sociales de alcance comunitario relacionados con la salud pública y defensa de derechos humanos. Los recursos materiales y de infraestructura que poseían eran: la oficina que también servía de almacén de los insumos, antes en este espacio se hacían las intervenciones y era llamado “La Estación”. Posee una segunda oficina donde se alberga el “Centro comunitario” y una camioneta llamada “La Nave”, que fue donada de parte de PSI, en este transporte se hacen los recorridos por las zonas de encuentro y consumo de la población. En sus inicios, contaron con el aval de PSI para conseguir financiamiento del Fondo Mundial, lo que permitió dar continuidad a las actividades. Ospina-Escobar (2022) documentó que la presencia del Fondo Mundial en la zona, se reflejó en un aumento sin precedentes en el número de insumos de inyección que se distribuían a PIDs, en el acceso a pruebas de VIH y de organizaciones civiles que ofrecían estos servicios.

Continuando con la historia de la organización, dentro de sus actividades estaban el mapeo de puntos de encuentro de la población, este se amplió con las intervenciones en territorio y la detección de otros puntos estratégicos en la ciudad para realizar jornadas de intervenciones como el intercambio de jeringas y aplicación de pruebas rápidas de VIH, sífilis y Hepatitis C. Si bien, lograban entregar cantidades significativas de insumos, notaron la necesidad de adecuar estas cantidades, así como las estrategias de abordaje. El coordinador de proyectos (2021) explicó que la verticalidad con la que estaba organizada PSI, mantenía al personal sujeto a las decisiones externas que desconocían lo que ocurría en el contexto local. Cuando se volvieron autónomo, se dieron cuenta de la oportunidad de rediseñar sus estrategias, de acuerdo con las necesidades de la población y del personal que laboraba en ese tiempo.

Uno de los principales retos ha sido el financiamiento, para lograr la continuidad de las intervenciones en espacio-tiempo. La primera organización que les otorgó apoyo fue el

Instituto Nacional de la Juventud (INJ), después siguió la Beneficencia Pública, CENSIDA, Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) y el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL). Esto permitió ampliar el espectro de la población atendida a jóvenes, salud sexual y reproductiva y continuar con la reducción de daños. Mantuvieron los programas de VIH enfocados en: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas de la diversidad sexual y personas que ejercen el trabajo sexual, para después continuar con programas de apoyo dirigidos a mujeres. Con el tiempo, ganaron experiencia y conocieron otras convocatorias disponibles, esto permitió aumentar el personal contratado y el alcance de las intervenciones.

Las proyecciones para los siguientes años incluían la ampliación del espacio, ya que la oficina que utilizaban desde que trabajaban con PSI se volvió insuficiente. Es un espacio pequeño que servía de bodega para depositar los insumos disponibles, oficina administrativa, lugar para hacer el intercambio, en fin, todas las actividades disponibles. Fue así como, con la certeza de tener cubiertos ciertos gastos de acuerdo con las convocatorias en las que aplicaban cada año, pensaron en rentar un local a dos espacios de “La Estación”. Éste sería utilizado para ampliar las intervenciones de reducción de daños, actualmente es conocido como “Centro comunitario”.

El año 2018 fue importante en su historia de Verter AC, logrando ampliar la cantidad de promotores y promotoras, contratan a una médica, un enfermero y psicólogo; además, logran reforzar habilidades y capacitar a promotores pares, es decir, otros usuarios. En ese mismo año, piensan en la creación de una sala de consumo seguro, que era una estrategia que se implementaba en otras ciudades de Canadá y Europa. En palabras de la directora (2021), la ampliación de Verter fue:

“un sueño hecho realidad, ver la barra ahí [...] era un espacio ya más digno para recibir a la población”

El financiamiento de CENSIDA posibilitó la apertura del centro comunitario y la compra de equipo. En noviembre de 2018 se da a conocer la noticia de la apertura de la primera sala de consumo seguro en Latinoamérica, llamada “La Sala”. Esto llamó la atención de medios nacionales e internacionales, y de las autoridades locales quienes, al saber del lugar, acudieron a clausurarlo con el argumento de no contar con “permiso de uso de suelo”. Aunado a ello, el recorte presupuestal a organizaciones civiles del gobierno federal, golpeó directamente la continuidad y operaciones de la organización, así lo expresa el coordinador de proyectos (2021):

“ha sido un antes y un después para nuestra organización [...] los ayudamos con todo, nos adaptamos, conseguimos todo y pues al final de año entra este presidente y [...] dice que se acabó el trabajo colaborativo con las asociaciones civiles a través de convocatorias de financiamiento público. Nos quedamos atorados porque teníamos toda una planeación [...] tomando en cuenta siempre las convocatorias públicas de participación”.

La clausura del centro comunitario y el recorte de financiamiento público son dos sucesos que marcaron el desarrollo de la organización. Actualmente, se sostienen a través convocatorias de corte internacional y algunas a nivel nacional. Más adelante se detallará sobre estos aspectos.

Características del funcionamiento de Verter, AC

Como se mencionó, en 2021 laboraban tres personas de tiempo completo: la directora, el coordinador de proyecto y la trabajadora social. Anteriormente colaboraba un promotor par, cuyo sueldo era cubierto a través del programa federal “Jóvenes construyendo el futuro”, sin embargo, este promotor interrumpió su colaboración con la organización ese año, al momento del trabajo de campo el programa de promotores pares se encontraba suspendido, por falta de personal para impulsarlo. El centro comunitario funciona de lunes a viernes de 10:00 am a 6:00 pm aproximadamente. Por un tiempo abrieron los sábados, pero debido al recorte de personal esto se detuvo.

Durante el trabajo de campo, se pudo observar que una de las características principales de este espacio es su dinamicidad pues, aunque hay un horario definido, la hora de cierre varía según las situaciones que ocurran durante el día, en varias ocasiones intervinieron factores como: sobredosis recurrentes en lugares de encuentro y consumo, estos obligaban al menos a dos de los integrantes del personal a acudir a brindar atención con naloxona y primeros auxilios; uso extendido de La sala o sobredosis durante el tiempo de uso de este servicio. Los viernes aumentaba la presencia de la población, debido al cierre de fin de semana muchas personas acudían a solicitar jeringas, condones y demás insumos.

Uno de los ejes transversales de la organización es la detección y atención al VIH, las poblaciones que atienden son: personas usuarias de drogas inyectadas, mujeres cis y trans que ejercen el trabajo sexual, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), migrantes y personas habitantes del centro de la ciudad. Actualmente acercan servicios de salud sexual y reproductiva jóvenes, promueven el acceso a abortos seguros. Trabajan en redes de organizaciones de la sociedad civil de reducción de daños, políticas de drogas y Hepatitis C.

La pandemia por COVID- 19 dificultó el desarrollo de actividades como las salidas a colonias o lugares de encuentro, limitando la ampliación de los servicios a otras poblaciones lejanas al centro de la ciudad. También fue un factor que frenó el desarrollo de proyectos y fondos otorgados. La directora (2021) comenta sobre el impacto de la pandemia:

“puede venir a cambiarnos todo, las estructuras, no sabemos que tanto va... el impacto económico [...] quien sabe que vaya a pasar, o quien sabe si podemos, ya de mejorar nuestros servicios, el impacto con las poblaciones. Faltan muchas cosas, realmente decimos que ‘ay, hemos hecho muchas cosas’, pero hay muchas, muchas cosas que tendríamos que estar ofreciendo con un programa de reducción de daños, y no lo hacemos, porque no tenemos la capacidad”.

La búsqueda de financiamiento es una de las tareas que conlleva mayor cantidad de tiempo y esfuerzo. Luego de las afectaciones del recorte presupuestal del gobierno federal a través de CENSIDA y la reestructuración de las proyecciones del plan estratégico se encargaron de buscar apoyo en distintas entidades. Desde el ámbito estatal, han colaborado con el Fondo para el Bienestar y Avance de las Mujeres (FOBAM), a nivel nacional cuentan con el apoyo de Fondo Semillas, estos proyectos se enfocan en mujeres, derechos sexuales y reproductivos y el derecho al acceso al aborto en forma libre e informada.

La Open Society Foundations y Aids Healthcare Foundations (AHF), United States for International Development (USAID) son algunas de las organizaciones donde han obtenido financiamiento para intervenciones en salud. También han colaborado en proyectos de investigación con la UCLA y otros financiados por CONAHCYT. Según la directora, los fondos se utilizan para continuar con los trabajos de reducción de daños. En ocasiones, los proyectos son contemplados para trabajar con poblaciones específicas, pero intentan adaptar

el presupuesto para continuar con los servicios que ofrecen en el centro comunitario. También son utilizados para completar el sueldo de las personas que colaboran.

Los puestos y actividades del personal son: la directora, es encargada del área administrativa, procuración de fondos, relaciones interinstitucionales y coordinación de actividades generales. El coordinador de proyectos, es encargado de firmar contratos, procuración de fondos, auxiliar administrativo, coordinación de actividades, sobre todo las relacionadas con los servicios hacia la población, además de la comunicación externa. La trabajadora social, apoya en labores administrativas, inventarios, y establece contacto directo con la población que acude al centro comunitario, es decir, realiza los intercambios, apoya en La Sala, vinculaciones a tratamiento, entre otras actividades. En el momento del primer periodo de trabajo de campo (septiembre-diciembre de 2021), había dos psicólogos contratados temporalmente para apoyar en las actividades de un proyecto con jóvenes infractores financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Sustentable (por sus siglas en inglés, USAID), quienes acudían ocasionalmente a la organización.

En general, la directora y coordinador son quienes se encargan de dirigir la organización, buscar fondos, hacer incidencia, ejecutar y dirigir programas y proyectos, entre otras actividades, ambos son parte de la mesa directiva de Verter AC. La trabajadora social se encarga de vincular y acompañar en el seguimiento y atención a la población. A su vez, mencionan que todos los integrantes apoyan en actividades generales de limpieza y organización del espacio. En años recientes han contado temporalmente con el apoyo de un paramédico, quien se encarga de apoyar en curaciones y atención inmediata a la salud de la población.

Esto implica que prácticamente todas las actividades del funcionamiento de la organización se dividan entre las tres personas que colaboran, llegando a ocasionar cansancio

o estrés laboral. Durante el trabajo de campo se pudo observar agotamiento laboral, manifestado a través de conflictos internos y roces entre el personal, y en ocasiones con la población, sobre todo con personas que tienen algunos años solicitando servicios, con quienes mantienen una relación más cercana. El desgaste laboral puede ocasionar efectos en la salud mental y desempeño de las personas que colaboran en la organización, en conjunto con otros factores que actúan como desafíos en el desarrollo de entornos laborales saludables (Barrios y Paravic, 2006).

Por otro lado, una característica importante del funcionamiento de la organización es que cada una de las actividades, intervenciones e insumos entregados es organizado y sistematizado en una base de datos que, según explica el coordinador (2021) sirve para dos cosas:

“una para crear evidencia sobre cómo está el número de distribución en la ciudad con disponibilidad [...] nos ayuda a conocer un poco el perfil, el mercado de la disponibilidad de drogas, nos ayuda a trabajar en campañas, información, las intervenciones, en materia de comunicación e incluso promover el acceso, a ver cómo hacemos las intervenciones y, por otro lado, a aportar una evidencia correcta sobre el tema de sustancias”.

En conjunto, se puede apreciar que el funcionamiento de la organización se da con los recursos disponibles. Como mencionan sus integrantes los ajustes presupuestales, el recorte de personal y la limitación en las intervenciones impiden ampliar su alcance. Zoio, Cavada, Sarmiento y Dal (2017) identifican que los recursos humanos, físicos y materiales actúan como “recursos para la salud” en la planificación de programas de salud, necesarios para lograr metas u objetivos concretos. En este caso, se complejizan con el escenario local donde se desarrollan estos procesos.

Programa de reducción de daños

Dadas las características sociopolíticas de la frontera norte, los programas de reducción de daños de organizaciones civiles en esta zona, tienen características similares y comparten objetivos en común, aunque las intervenciones pueden variar, según la capacidad humana y operativa de la organización, la disponibilidad de recursos, la presencia mediática e influencia política (Guerra y Zwitter, 2022). Las acciones para promover la salud, además de comportamientos individuales, se dirigen a la modificación del ambiente físico y social, y reconocen que están determinadas por el contexto político, cultural y económico (González-Molina, 2004).

Según HRI (2024), la reducción de daños tiene como objetivos: mantener a las personas vivas y fomentar un cambio positivos en sus vidas, reducir el impacto negativo de las leyes y políticas sobre drogas, y ofrecer alternativas frente a aquellos enfoques que buscan prevenir o terminar con el consumo de sustancias psicoactivas. Los servicios e intervenciones que ofrece Verter, AC sigue estos principios, los programas que promueva han sido probados en otros contextos, estos son:

Intercambio de jeringas, este programa se implementa desde los inicios de la organización. Tras el recorte presupuestal ha disminuido la cantidad de insumos entregados a la población. Actualmente, cada usuario y usuaria puede hacer el intercambio *una vez al día*, y recibir máximo *tres jeringas por día* si entrega dos usadas. El kit de inyección segura incluye almohadillas alcoholadas y agua destilada, los fines de semana se otorgan cinco jeringas. En el tiempo de trabajo de campo, se observó que durante el intercambio las jeringas son puestas en una caja de contenedora de residuos, para evitar el desecho de jeringas usadas

en el espacio público y que sean reutilizadas. Se mantenían procedimientos derivados de la pandemia por Covid-19, se ofrecían cubrebocas y gel antibacterial, cuidando las medidas de distanciamiento social.

La efectividad de los programas de intercambio de jeringas ha demostrado que reduce eficazmente el uso compartido de jeringas entre PIDs, se asocia consistentemente a la reducción en la incidencia de VIH hasta en un 95% y Hepatitis C con un potencial de 76%, aunque sus resultados varían según el entorno y la heterogeneidad en la cobertura (Bórquez et al, 2019). Este programa se sostiene a través de donaciones o financiamiento. En el momento del trabajo de campo, la organización recibió una donación de 16,000 jeringas de una organización estadounidense.

Las jeringas recibidas son distintas a las jeringas de insulina BD que usualmente se entregan. Esto permitió observar que el intercambio se realiza tras averiguar necesidades y lugares de inyección, dado que las jeringas tienen distintos tamaños y diámetro, son elegidas dependiendo de la zona del cuerpo donde se inyecta la persona, según la expresión de algunos usuarios del centro comunitario, estas “duran menos” o son de menor calidad. Esta práctica también permite ofrecer información sobre las zonas peligrosas de inyección, a través de un trato horizontal y cara a cara.

Otro programa que se ejecuta es la *prevención y atención de sobredosis* a través de la distribución comunitaria de naloxona. Aunque en México este medicamento está en la lista de medicamentos controlados, han logrado resultados positivos en Mexicali (Goodman-Meza et al, 2022). Este programa capacita a la población en la respuesta, prevención y atención de sobredosis entre PIDs y sus pares, incluye atención básica de primeros auxilios, cómo utilizar el medicamento y medidas de reducción de riesgos y daños para evitar que ocurran.

Para fomentar el buen uso del medicamento entre la población, se decidió entregar dos frascos de naloxona a cada usuario, cuando son utilizados se les pide regresar los frascos vacíos para obtener dos frascos nuevos. Durante el tiempo de observación, algunos usuarios manifestaron extraviarlos, por robo o descuido. En cada intercambio se llena un formato de registro, a través de este captan información sobre los lugares donde ocurrió la sobredosis, la edad de la persona atendida, entre otras características para identificar cómo ocurrió el evento.

El coordinador (2021) compartió que los formatos se han construido desde experiencias y el apoyo con organizaciones de Estados Unidos y Canadá, son formatos adaptados al contexto de la frontera, y tienen el propósito de ampliar el conocimiento sobre la población. Afirma que la información es socializada en informes anuales y también es utilizada para proyectos de investigación con colaboradores externos. La sistematización de la información permite analizar el impacto de las estrategias implementadas y obtener registros cuantitativos sobre la entrega de insumos, mapeo de lugares, prácticas de consumo y sirve para crear estrategias de acuerdo con las dinámicas y necesidades de la población.

Organizaciones como Cruz Roja han solicitado apoyo a Verter en el suministro de este medicamento. En conversación informal con un paramédico que acudió a solicitar naloxona en octubre de 2021 a Verter, comentó que notaron un aumento de sobredosis en lugares de ocio como antros, por ello solicitaban apoyo a esta organización civil. Al momento de la investigación se encontraban en pláticas para renegociar la forma de entrega del medicamento. Por otro lado, una limitación detectada en la ejecución del programa de prevención de sobredosis es que, constantemente acudían personas que manifestaban haber extraviado o les eran robadas sus pertenencias, lo que incluía insumos de inyección segura y naloxona, esto impedía que regresaran frascos vacíos para obtener otros llenos.

Este programa, según reportan Goodman-Meza et al (2022) permitió documentar que de 2019 a 2021 ocurrieron 464 sobredosis en las zonas cercanas a la organización, es decir la zona centro de la ciudad. La edad promedio es de 33.7 años, de estos 79.7% son hombres, 18.8% mujeres y 1.5% personas trans. Los motivos de la población para no llamar a servicios de emergencia, incluyen: no considerarlo necesario (47%), tener miedo a las autoridades (24%), no tener forma de llamar (5%). Dan a conocer que, las sobredosis aumentaron después de la pandemia por Covid-19, que coincide con el repunte de fentanilo confiscado en la región. Entre las recomendaciones que ofrece este estudio, está la capacitación y sensibilización a los cuerpos policíacos.

En 2021, la organización ya había detectado la presencia de fentanilo en el consumo de sustancias y realizaba *pruebas rápidas de detección de fentanilo*, que de manera sencilla y rápida permiten identificar si las sustancias consumidas contienen fentanilo, aunque no la cantidad, además esta prueba tiene un margen de error importante. Mediante esta prueba se ofrece consejería y recomendaciones como consumir acompañado/a para que alguien apoye en caso de sobredosis. Este servicio es facilitado a cualquier persona que lo solicite, solo necesita una envoltura o material utilizado durante el consumo como pipas o jeringas usadas, no es necesario proveer la sustancia, pues las tiras son muy sensibles.

Durante el tiempo de observación se implementó un programa piloto para promover el uso de este servicio con población consumidora de cristal a cambio de una pipa nueva. Aunque había poco material, permitió visibilizar a un segmento esta población. Dentro del centro comunitario, las pruebas rápidas de detección de fentanilo son parte del protocolo de entrada a La Sala. Este programa es complementario al intercambio de jeringas, y es otra herramienta de reducción de daños para prevenir sobredosis, genera evidencia sobre lo que ocurre con el fentanilo en la frontera norte (Friedman et al, 2022).

La Sala, es la intervención principal dentro del centro comunitario, es la primera sala de consumo seguro en América Latina, y es dirigida a mujeres. Estos espacios son centros donde las personas pueden consumir en un entorno seguro y sin prejuicios, con material esterilizado, en un lugar limpio y seguro (Roque, 2022). A este espacio acuden mujeres usuarias de sustancias inyectables, para consumir de manera segura y supervisada.

El protocolo de atención es basado en experiencias de otras salas de consumo en Canadá y Europa, consiste en una serie de pasos antes de ingresar: son registradas y acompañadas a uno de los cubículos, se proporciona material nuevo y esterilizado; se realiza el análisis de sustancia y se registran datos generales del consumo, esto sirve para generar información sobre las dinámicas y prácticas de consumo. Además de lo anterior, siempre hay una persona cuidando para detectar sobredosis o alguna otra situación que requiera atención inmediata.

Dado el contexto para las personas usuarias de sustancias, este espacio es libre de prejuicios y estigma, sirve para generar evidencia sobre los cambios en el consumo de sustancias y las prácticas y dinámicas de consumo. Ha demostrado efectividad en países como Canadá o España, pero es poco común que operen en entornos de países con bajos recursos, se recomienda combinarlo con otras intervenciones como la prevención de sobredosis e intercambio de jeringas, a fin de aportar en la generación de un nuevo modelo de reducción de daños para el sur global (Goodman-Meza et al, 2022). Al darse a conocer la existencia de este espacio, ha enfrentado retos y dificultades para sostenerse. Hasta el momento de trabajo de campo, no había sido definida totalmente la situación legal de “La sala”, pero continuaba en funcionamiento.

Por otro lado, una de las intervenciones de reducción de daños realizadas desde los inicios de la organización son las *pruebas rápidas de sífilis, VIH y hepatitis C*, tiene por

objetivo hacer pruebas de detección rápidas a toda la población que lo solicite de manera gratuita y confidencial. En caso de encontrar un resultado positivo se vincula a tratamiento a las unidades pertinentes, generalmente corresponde a CAPASITS atender casos de VIH y la Secretaría de Salud para vincular a tratamiento de Hepatitis C. Estas pruebas son adquiridas a través de donación por parte de la Secretaría de Salud del estado de Baja California. Durante la aplicación de estas pruebas se da consejería sobre ITS, VIH, Hepatitis C, Derechos Humanos, salud sexual y reproductiva, y promoción del uso de condón externo e interno.

En ocasiones se hacen jornadas de pruebas rápidas en centros residenciales de tratamiento para uso problemático de sustancias, lugares de encuentro de la población, y áreas donde se ejerce el trabajo sexual, también en las zonas de bares y cantinas. Esta actividad ha permitido conocer necesidades de poblaciones de difícil acceso, Ospina-Escobar (2019) explica que las personas que se inyectan drogas buscan controlar su situación serológica y de hepatitis, pero las barreras institucionales impiden acceder a apoyo para lograr adherencia a tratamientos o acceso a insumos para tener prácticas más seguras de uso de sustancias.

Programa de *promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, esta actividad se realiza con trabajadoras sexuales, adolescentes fuera del contexto escolar, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans y hombres bisexuales. Incluye la prevención de VIH, prevención de embarazos no deseados, promover el uso de condón interno y externo, acceso a aborto seguro con medicamentos, acompañamiento en la interrupción del embarazo, cabe señalar que, durante el tiempo de trabajo de campo, en octubre de 2021 el Congreso local despenalizó el aborto en el estado hasta la semana 12.

En conjunto con lo anterior, la organización distribuye insumos para la promoción de la salud sexual y reproductiva, entre ellos, condones, lubricantes a base de agua, toallas sanitarias, tampones y pastillas del día siguiente. Es común que las trabajadoras sexuales de

la zona, acuden regularmente a solicitar condones o pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis C, como una práctica de control de su salud. Durante el tiempo de observación, se documentó que los fines de semana hay mayor demanda de estos servicios. Algunas usuarias manifestaron preferir el uso de condón interno o femenino, porque les aseguraba estar protegidas en las relaciones sexuales, mostrando preocupación por cuidar su salud.

La vinculación a unidades de atención se realiza en distintos momentos. En caso de encontrar una persona con prueba reactiva a VIH, se vincula a CAPASITS para iniciar los procedimientos necesarios que permitan el acceso a tratamiento antirretroviral. El acompañamiento facilita la atención y garantiza el acceso los servicios de salud pública. La práctica de vinculación, también ha facilitado el tratamiento de Hepatitis C y atravesado barreras para agilizar la adherencia al tratamiento. También mantienen vinculación con centros de tratamiento residencial para adicciones, en caso de que alguna usuaria o usuario busque internarse de forma voluntaria.

Debido a sus condiciones de vida, muchas de las personas que acuden al centro comunitario, no cuentan con documentos oficiales, identificaciones, número de teléfono o correo electrónico, que son vitales para trámites oficiales por lo que acuden a solicitar apoyo para obtener CURP, INE e incluso actas de nacimiento. Hay usuarios/as que mantienen sus documentos personales en resguardo en la organización, dado que no cuentan con hogar o no tienen redes de apoyo. La trabajadora social (2021) explica que las personas que acuden agradecen la atención que reciben:

“no conozco yo creo nada que las ayude tanto, ni que les hable como personas, las trate como personas que te sepas sus nombres, que se sepan el tuyo, que puedas preguntar por ellas [...] siempre lo agradecen la mayoría [...] ellos mismos recomiendan ir [a otros usuarios] y llegan otros usuarios que nunca han ido”.

Esta actividad emerge como consecuencia de la exclusión sistemática hacia las poblaciones, al no contar con documentos de identidad oficiales, enfrentan mayores barreras que les impide acceder a servicios. En conjunto se tiene que, los programas de reducción de daños deben ir más allá de intervenciones individuales y aisladas, para constituirse como estrategias integrales, con amplia cobertura y sostenibles social y económicamente, en un contexto donde las personas consumidoras de sustancias inyectables tienen menor esperanza y calidad de vida que la población general (Bosque y Brugal, 2016).

Prácticas de promoción de la salud en Verter, AC

Las acciones para promover la salud se proponen que la población identifique la raíz de los problemas que le aquejan y se involucre activamente en estos procesos. Estas intervenciones son realizadas con grupos específicos y buscan influir en las interacciones entre grupos y los ambientes, es decir, en la situación que viven las personas (Restrepo, 2001). Dentro de los principios de la reducción de daños están el respeto a los derechos de las personas que consumen sustancias psicoactivas, mantienen un compromiso con la justicia social y la colaboración con las redes de personas que consumen sustancias y prevenir la estigmatización (HRI, 2021). El alcance comunitario de las intervenciones desde organizaciones civiles se ha caracterizado por el acompañamiento cotidiano, horizontal y trato informal, desde la solidaridad y empatía han construido saberes para las personas que se inyectan drogas y el cuidado de su salud (Ospina-Escobar, 2019).

Esta característica resulta clave para lograr la permanencia de la población, dado el contexto prohibicionista que rodea las intervenciones tradicionales de uso de sustancias, cuyo fin es conseguir la abstinencia. Este programa busca transformar la red en la que se

encuentran las personas, promueve procesos comunitarios y de ciudadanía para personas que no quieren o no pueden dejar de consumir. Algunas características de las prácticas comunitarias son:

Información a la población, tiene el objetivo de proporcionar información confiable en salud sexual y reproductiva, uso de sustancias, prácticas seguras de inyección y reducción de riesgos y daños en el consumo. La información se ofrece en un ambiente de confidencialidad, confianza y respeto que permite aclarar dudas y entablar diálogos sobre temas específicos. Dado el estigma que prevalece sobre la población, se busca un ambiente de respeto hacia las personas. Para la trabajadora social (2021) el trato cotidiano con la población significa la posibilidad de cuestionarse sus propias nociones sobre las personas consumidoras:

“recuerdo que decían, ‘tecatos’, para los que consumían heroína o las personas que consumían drogas, drogadictos, mariguanos, aunque no fumara mariguana, todos eran catalogados así, desde que yo me acuerdo me inculcaban que [...] tecato era ratero, tecato roba, tecato hace daño, tecato es agresivo, y en realidad no es así... están así como lo peor que hay, entonces los mirabas en la calle y decías ‘ah, es un tecato me va a robar, no’; [...] cuando llegué aquí, empecé a ver cómo llegaban, cómo pedían las cosas, cómo se ponían a platicar, me interesó saber un poco más [...] escuché un poco de cómo iniciaron, lo que han vivido, lo que ha pasado y me quedo pensando ‘ok, todo, todo viene de algún lugar [...] hay que ver el antecedente de la persona que consume antes de decir algo, ¿no? o de poder juzgar a una persona, siempre es el estigma [...] pero quería escucharlos, ver como ellos se referían a esas personas, para no ofender a nadie...”.

El testimonio de la trabajadora social denota que hay una postura política en el trato a las y los usuarios. Cuestiona sus propias creencias sobre el consumo de sustancias, que traspasan su quehacer profesional y asume una posición crítica frente al estigma que recibe la población, de manera que trata de no replicarlo en el trato cotidiano con los usuarios del centro comunitario.

Esto toma relevancia, según Arenas (2014) una de las condiciones fundamentales para la promoción de la salud es tener conocimiento de la población, identificar sus características, saberes y creencias, para propiciar el interés por participar y generar procesos comunitarios y educativos. Es decir, ofrecer información sobre temas clave para la población desde una relación horizontal entre la comunidad y la persona que presta los servicios, posibilita el contacto directo con las personas, para identificar cómo han enfrentado sus problemas de salud y qué han hecho para resolverlo.

Otra actividad comunitaria es la *consejería* que si bien, también consiste en ofrecer información, se realiza en un ambiente más íntimo, generalmente ocurre durante las pruebas rápidas. Es clave mantener la confidencialidad, para respetar la decisión de las personas y explicar las posibilidades de acceso a tratamiento e informar sobre riesgos. En términos de la promoción de la salud, esta actividad puede propiciar procesos educativos sobre los problemas que enfrentan las personas, vincularlos con su condición de vida y generar procesos de participación comunitaria (Arenas, 2014).

Una actividad importante en las estrategias de reducción de daños a nivel comunitario es el *apoyo interinstitucional*, que tiene como propósito favorecer la salud de la población, las vinculaciones o canalizaciones facilitan los procedimientos para acceder a tratamientos, busca la donación de insumos, o derribar barreras institucionales que actúan como limitantes en el derecho a la salud. La intersectorialidad como eje de promoción de la salud implica la

respuesta social organizada y participación de múltiples actores (González-Molina, 2004). Se relaciona con el conjunto de acciones para tratar los problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida de la población, así como los procesos de organización y planificación para dar respuesta a estos (Rojas, 2010).

La colaboración entre organizaciones de la sociedad civil de reducción de daños e instituciones u organizaciones que trabajan con las mismas poblaciones ocurre en la informalidad y el trato cotidiano. Se dan desde la atención directa de prestación de servicios médicos con Border Kindness, CAPASITS o la Secretaría de Salud; vigilancia de los derechos humanos de la población de la zona centro con CEDHBC; o incluso donación de insumos como es el caso particular de la Cruz Roja, quienes según la directora (2021):

“hace poco más de un año se empezaron a acercar, porque nos vieron atendiendo una sobredosis en campo, un paramédico, vieron que traíamos naloxona y preguntaron ‘¿Por qué traen eso?, ah pues se utiliza bla bla bla, entonces ah órale, nosotros no tenemos’, y si la conocían, pero difícilmente tenían acceso a naloxona. Entonces empezaron a venir, empezamos a darles, y de repente venían muchos... se descontroló todo... [...] se ha movido mucho el tema con el asunto del fentanilo, no sabemos qué está pasando... necesitamos sentarnos, platicarlo, dialogarlo entre todos, y ver qué podemos hacer”.

En este caso, las organizaciones civiles consiguen donación de naloxona con organizaciones de Estados Unidos y Canadá para atender el aumento de sobredosis. Aunque oficialmente no se ha regulado el acceso a este medicamento, ha servido para atender de forma inmediata esta situación. La dificultad para acceder a convenios formales de colaboración impide el reconocimiento de la labor de la organización en la atención a este problema de salud. Por

un lado, existe el reconocimiento de que la organización tiene acceso a la población, así lo comenta la trabajadora social (2021):

“el proyecto que tienen ellos ahorita de sacar ciertos números sobre Hepatitis C [...] entonces ellos están involucrados con nosotros porque saben que tenemos a la población que tiene Hepatitis C, porque es la que más lo tiene [refiriéndose a la prevalencia]... hay conexión con ellos, les mandamos a la gente y ellos las atienden [...] están ligados a la organización porque ahí está la población con VIH, Hepatitis C e infecciones de transmisión sexual [...] se tiene buena relación pero a veces hay que buscarles el lado [...]”.

En el relato, la trabajadora social explica que el trato informal permite atravesar barreras institucionales para acceso a tratamiento. Su trabajo le da la posibilidad de construir “puentes” entre la institución y la población, a través de negociaciones, acompañamiento y pláticas directas con el personal de salud negocia la atención médica o tratamientos. Del otro lado, la informalidad y falta de convenios de colaboración invisibiliza la experiencia y saberes de las organizaciones, así lo expresa el coordinador de proyectos (2021):

“saben nuestro nombre, nos consultaron ya una vez, yo les dije personalmente que nos pagaran todas las consultas que nos hacen, justo como pagan a diseñadores o comunicólogos, nunca se movió nada, ya no nos confirmaron nada [...] no abren las vías para que participemos, no abren recursos y eso es lo que se tiene que hacer. Hemos tenido reuniones formales a través del programa de VIH, pero nada [...]. En el caso de Cruz Roja, estábamos haciendo una colaboración, nos reunimos con su jefe [...] pero ellos no se comprometieron, no se quieren comprometer a algo así”.

A nivel local, la relación que se establece con algunas instituciones resulta *utilitaria* para estos últimos, pues no hay reconocimiento de su labor o intenciones de profesionalizar ni

financiar el trabajo que hacen las organizaciones. Lo mismo ha ocurrido con las autoridades municipales quienes, a raíz de la clausura del centro comunitario en 2018 se han negado a conversar, colaborar o conocer el trabajo que se hace en este espacio. Aunque en noviembre de 2021 la presidenta municipal visitó las instalaciones, a propósito de un acto protocolario que daba inicio formal a los trabajos de remodelación del centro histórico de Mexicali. Los intentos por formalizar la relación entre distintos actores resultan insuficientes si no hay reconocimiento de la labor de las organizaciones civiles.

Por el contrario, la colaboración con organizaciones afines a la reducción de daños o políticas de drogas, ubicadas a nivel nacional e internacional, ha contribuido en el acceso a insumos a través de donación de jeringas o naloxona, además de visibilizar intervenciones como la sala de consumo seguro que coadyuven en su continuidad. Estos grupos generalmente se organizan en redes y contribuyen en la incidencia en políticas públicas, abogacía, generación de información cuantitativa y cualitativa, incorporación de nuevas intervenciones de reducción de daños, e impulso de programas como el acceso a vivienda.

Desde esta mirada, se puede decir que la intersectorialidad con las instituciones locales se encuentra desarticulada y hay escasa conexión entre los diferentes sectores para solucionar distintos problemas de salud. Rojas (2010) explica que esta desarticulación puede relacionarse con la heterogeneidad en las concepciones de salud entre, las autoridades o instituciones formales de salud, y los abordajes que mantienen para atender lo que consideran problemas de salud. Esto puede relacionarse con el estigma que prevalece hacia las personas consumidoras y el énfasis prohibicionista del consumo de sustancias.

La falta de convenios de colaboración formales posiciona a la organización en una relación de subordinación frente a las instituciones del Estado, quienes se muestran reacios a comprometerse con la salud de las poblaciones. Esto compromete la sostenibilidad de los

logros intersectoriales alcanzados en el manejo de los problemas de salud, que debería apuntar hacia el análisis de la situación de salud y valorar el funcionamiento del trabajo comunitario e intersectorial (Rojas, 2010).

Por otro lado, una práctica común entre organizaciones civiles de reducción de daños es la *incidencia política*, en concordancia con los objetivos de estas estrategias de reducir el impacto negativo de las leyes y políticas de drogas, reconociendo que muchas políticas públicas exacerbaban los daños asociados al consumo de sustancias, como las prácticas policiales abusivas, la criminalización, la negación de servicios de salud pública, las restricciones en la posesión de material de inyección, y la discriminación basada en el consumo de sustancias, clase social, raza y género (HRI, 2021).

En el caso de Verter, buscan visibilizar el abandono hacia la población y las problemáticas derivadas del prohibicionismo. A través de una postura crítica participan en foros, congresos, conversatorios y conferencias en el ámbito local, nacional e internacional, en espacios institucionales y otros de iniciativas de la sociedad civil organizada. Este trabajo ha permitido conocer las intervenciones implementadas en otras zonas geográficas y adaptarlas al contexto de Mexicali. Aunque reconocen que es difícil sobrellevar las actividades cotidianas de la organización y combinarlas con la incidencia política, buscan poner el tema en la agenda pública, y generar espacios con tomadores de decisión. Como se mencionó anteriormente, el trabajo intersectorial incluye la incidencia política, pero el mismo tema resulta complicado de dialogar, sobre todo con autoridades políticas. La directora de Verter (2021) reconoce que:

“el avance, el cambio lo estamos haciendo las organizaciones... las instituciones siguen igual con esta postura de negar servicios de salud a las poblaciones, con este

estigma [...] la reducción de daños debe ser una estrategia para la atención de las adicciones”.

En lo local, los procesos de incidencia política se muestran lentos, con tomadores de decisión y autoridades municipales. Sin embargo, en el ámbito nacional e internacional, la organización es parte de movimientos más amplios que buscan directamente incidir en el estigma y discriminación hacia las personas usuarias de sustancias, asumiéndolas como sujetos de derecho, y situando los consumos de lo privado a lo público, con la intención de generar demandas en la agenda pública. A través del reconocimiento de experiencias y trayectorias, problematizan las situaciones que enfrentan día a día las y los usuarios, atravesadas por el estigma, la sospecha, el castigo, el estado de alerta permanente ante múltiples violencias y la sistemática vulneración de derechos y criminalización (Deheza, 2022).

El trabajo de promoción de la salud con acentuación en lo comunitario se enfrenta a múltiples factores que ponen en juego su continuidad, Guerra y Zwitter (2022) encuentran que entre estos están: condiciones de inseguridad pública, dado que no existen condiciones institucionales que garanticen la seguridad de las organizaciones; contextos de inseguridad jurídica, con marcos normativos insuficientes; estigmatización ciudadana y política sobre el tema que trabajan, traducida en indiferencia sobre el tema; insuficiencia de recursos; además de los efectos por la pandemia son los principales riesgos que corren en el contexto de la guerra contra las drogas. Para continuar con la caracterización del programa de reducción de daños, se presentan algunas características de los perfiles del personal.

¿Quién es la promotora y el promotor de reducción de daños?

Cuando pensamos en el perfil de las y los promotores de salud, se vienen a la mente características específicas como: una persona respetuosa, sencilla, humilde, con capacidad de escucha, creativa y comprometida con el trabajo comunitario (Arenas, 2014). En el caso de las y los promotores de reducción de daños se identifican características particulares, Guerra y Zwitter (2022) refieren a una “persona activista” que expresa un amplio conocimiento de sus tareas, profunda visión del tema y fuerte compromiso, además de la politización del reconocimiento del uso problemático de sustancias como problema público, que requiere de la participación social para incidir en su transformación.

Durante el trabajo de campo, se pudo observar que el compromiso de las personas involucradas en la organización supera la propia capacidad organizacional. La búsqueda por el bienestar de la población puede sobrepasar la carga laboral, aunque es para el beneficio de la población, la trabajadora social (2021) expresa cómo ha afrontado esta situación:

“también creo que me involucro de más, a veces debería parar un poco, a veces me afecta y entonces vuelvo a decir ‘no’, trato de que no me afecte tanto, porque no le voy a solucionar la vida [...] pero creo que eso les pasa a todos iniciando, cuando inicias en algo [...] cuando las cosas te importan [...] pero también puede perjudicar tu salud, pero también eso se va agarrando con la experiencia y el tiempo”.

Sin embargo, si bien se trata de una organización relativamente joven y pequeña con poco personal, durante el tiempo de observación no se evidenciaron reuniones grupales para discutir temas sobre la población, casos específicos, estrategias de intervención, sentires del grupo de trabajo o prácticas de autocuidado, aun cuando era evidente el cansancio y agotamiento. Esta evidencia sugiere la necesidad de reforzar el diálogo interno a fin de

generar dinámicas saludables para el equipo de trabajo. Uno de los aspectos que resaltaron es la poca capacidad para contratar más personal, así lo señala la directora (2021):

“aquí el trabajo lo hacemos todos porque, no podemos contratar a alguien para que trabaje exclusivamente con cierta población, porque trabajamos con diferentes personas aquí. Así fue como nos fuimos adaptando, en la medida del recurso, de nuestros donantes, de los proyectos”.

Lo mismo ocurre con los colaboradores pares, hay poca capacidad para reforzar habilidades de promotores pares debido a la saturación de labores, así lo manifiesta la directora (2021):

“fueron procesos bien difíciles [refiriéndose a un colaborador par que renunció recientemente] para la organización, para unos de manera personal y con él, intentar que funcionara [...] se dificultaba mucho”.

Aunque las condiciones de la organización dificultan la posibilidad de reforzar procesos comunitarios, se observa el sentido político que toma su trabajo. Según Guerra y Zwitter (2022) una característica de las personas que intervienen en la reducción de daños es la permanente observación del lenguaje empleado en conversaciones cotidianas que busca desestigmatizar y decriminalizar las drogas, adquirir y reformular conocimientos y normas sobre su propia relación con las sustancias y su posición social y política del tema. La trabajadora social (2021) explica cómo a su ingreso como colaboradora de la organización se percató de la importancia de cómo dirigirse a la población para no replicar el estigma:

“fue lo primero que hice, tratar de ver cómo le hablaban las demás personas con las que trabajé para yo hablarles, o referirme o dirigirme, me equivoqué muchas veces en, en la forma en que les hablé”.

Aunque en su relato no expresa si a su ingreso como colaboradora fue capacitada en el lenguaje hacia la población. Durante el tiempo de observación no se documentaron

capacitaciones, talleres o procesos de formación dentro del grupo de trabajo. Otro aspecto importante es que, aunque han participado en foros y congresos, encuentran dificultad para que la población se involucre en estos espacios, eso conlleva el cuestionamiento de la representatividad de las voces más vulnerables, así lo expresa la directora (2021):

“que la población se apropie de esto [...] siempre era como, en esos espacios más internacionales, viendo a otros usuarios... ¿y nosotros? O sea, hasta me siento mal de ir, por mí, de estar aquí, intentando representar a alguien que pues a lo mejor no se siente representada por mí”.

El relato de la directora denota que hay condiciones estructurales que impiden a la población tener una participación activa en los procesos de ciudadanía que conllevan las intervenciones de reducción de daños. En conjunto, la dificultad para contratar personal, los impedimentos para ampliar el alcance comunitario y el diseño de las intervenciones entorpecen el desarrollo de estos procesos. Esto también puede relacionarse con los discursos médicos y jurídicos contruidos sobre las PID. Ospina-Escobar (2022) documenta que la experiencia de vivir con VIH propició procesos de politización entre poblaciones LGBT+, mujeres, jóvenes entre otros, pero no con PID quienes, aunque son reconocidos como grupos con altas prevalencias de VIH y vulnerabilizados en términos de atención, no se priorizaron como grupos para negociar su derecho a recibir prevención, detección y tratamiento. El estigma y discriminación emergen como barreras para que las PID participen de manera activa en el diseño, aplicación y evaluación de los programas y políticas públicas que les funcionan para reducir riesgos y daños por el consumo (HRI, 2024).

La promoción de la salud se encuentra en un momento de carencia de promotores comunitarios de salud, insuficiencia en la preparación de las personas, familias y comunidades, inadecuada integración a servicios de salud y métodos pedagógicos integrados

(Álvarez y Barco, 2015) y en este caso, también a las condiciones estructurales que limitan su capacidad de acción con las poblaciones. Las y los promotores de la reducción de daños, a través del activismo, han logrado construir una historia colectiva con sus propias narrativas, que posibilita que las personas integrantes de los colectivos y las redes a las que pertenecen continúen con su acción y contribuyan con su reproducción como práctica social (Guerra y Zwitter, 2022).

CAPÍTULO VI: Ingobernables: prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas en Mexicali

*Si las mujeres
no tenemos derecho a decidir
sobre nuestros cuerpos,
nos arriesgamos a ceder derechos,
en el resto de los ámbitos
de nuestras vidas.*

Bell Hooks

Los saberes y formas de atención que operan en las sociedades están condicionados por los contextos religiosos, étnico-culturales, político-económicas, técnicas y científicas (Menéndez, 2009). En el caso de las MID, su condición se relaciona con la percepción social del consumo de sustancias inyectables. El género como elemento constitutivo de las relaciones sociales, las posiciona frente a un doble rechazo, por no adaptarse al “comportamiento femenino” y por mantener una relación con la ilegalidad (Romo, 2005). Así, se plantea que las prácticas de autoatención que adoptan MID están asociadas a condiciones estructurales, entre ellas el género, que opera en la forma como las mujeres atienden sus dolencias.

El objetivo de este capítulo es analizar las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas que solicitan servicios de reducción de daños en Verter, AC. Se busca profundizar en las prácticas que utilizan las mujeres en relación al proceso de s/e/a-p. Para ello, se parte de observar las características en las que tiene lugar el consumo, las interacciones con sus grupos sociales, en este caso sus pares y la organización como grupo de ayuda mutua. Siguiendo a Menéndez (2009) la autoatención existe en un proceso dinámico

entre los distintos saberes y formas de atención y su articulación. Primeramente, se explican características de la población que acude a la organización en Mexicali.

Características de la comunidad inyectora en Mexicali

Una condición fundamental para el trabajo de promoción de la salud en el contexto comunitario es el conocimiento de la población, incluye las características socioeconómicas y políticas del entorno, también las creencias, prácticas y saberes como elementos fundamentales para lograr la participación de las personas (Arenas, 2014). La población inyectora, pensada como una comunidad que convive en un territorio en común, se relacionan entre sí, construye vínculos, se comunican y comparten recursos y necesidades (Chapela, 2004) tiene características particulares, como la exclusión y estigma del que históricamente han sido objeto, que los ha llevado a adoptar prácticas de sobrevivencia y construir vínculos con sus pares.

Algunas características de la población que solicita servicios de reducción de daños en Verter, AC son: los rangos de edades van de los 17-18 hasta los 70 años. El coordinador de proyectos (2021) afirma que la media de edad está en 35 años. Además, el 80% de la población son hombres y 20% mujeres, también hay presencia de población trans, se considera que La Sala favorece la presencia de mujeres y mujeres trans, quienes tienden a ser poco visibles dadas las condiciones de exclusión. Generalmente acuden personas de colonias cercanas como Pueblo Nuevo, la Aurora, Esperanza, Baja California, Bella Vista y personas que se encuentran en la zona centro, son áreas donde abunda el consumo de drogas inyectables y otras sustancias, estas colonias se encuentran cerca de la franja fronteriza y se caracterizan por ser de nivel socioeconómico bajo-medio. La directora (2021) señala:

“una buena parte son [proviene] de otras ciudades, de otros estados, o que estuvieron en procesos migratorios y que se quedaron acá [en Mexicali] y otra parte son de estas colonias”.

Las zonas provenientes de la población, son colonias donde es común el consumo de sustancias legales e ilegalizadas, también que hay familias con historial de consumo entre varias generaciones. Por otro lado, quienes tienen mayor tiempo solicitando servicios, logran negociaciones internas para intercambiar jeringas una vez por semana o hasta por quince días, algunas de estas personas viven lejos y se les dificulta transportarse, o tienen problemas de salud que les impide ir regularmente, sobre todo son personas adultas o adultas mayores. Mediante estos convenios, establecidos de manera informal, se otorga insumos para el consumo hasta por una semana, a cambio adquieren el compromiso de intercambiar las jeringas usadas en la siguiente visita. Estas estrategias favorecen la permanencia de población que desea cuidar su salud.

Como se ha enfatizado, los contextos de vulnerabilidad, impide a la población, acceder a vivienda, un ingreso estable o servicios de salud. La trabajadora social (2021) explica que muchas de estas personas han quedado en el abandono familiar y de sus principales redes de apoyo debido al consumo. Sus historias son de violencia, de abuso sexual, de familias que han consumido durante toda su vida o con historial delictivo. Considera también, que muchas veces los usuarios ingresan a centros de tratamiento porque están cansados de su ritmo de vida, se mantienen unos meses sin consumir, pero cuando salen no encuentran opciones laborales o simplemente es la única vida que conocen y repiten el mismo círculo de consumo.

El clima extremo de la ciudad obliga a que muchas de estas personas permanezcan en parques o cerca de áreas refrigeradas. Algunos pueden hospedarse en un hotel de bajo costo

conocido como “Hotel del migrante”, este lugar era punto de encuentro. Sin embargo, no contaba con las condiciones básicas, como refrigeración, muebles y muchos de ellos tampoco tenían puertas en las habitaciones, ni protección de pertenencias personales. Pero al ser de los pocos lugares que permite el acceso a personas sin hogar, resulta la única opción viable. El personal de Verter coincide en que la principal necesidad de estos grupos es el acceso a vivienda digna.

En cuanto a servicios médicos, quienes tienen acceso son personas que tienen redes de apoyo de parte de familiares directos. Las personas habitantes en calle, según lo documentado, no cuentan con acceso a este tipo de servicios. Una de las usuarias del centro comunitario, en comunicación durante la observación, explicó que le han negado servicios en Cruz Roja y que prefiere atender por sí misma sus dolencias. Para las mujeres esta situación se acentúa cuando se encuentran en contextos de violencia de género, según información del personal de Verter, algunas son coaccionadas por sus parejas para ejercer el trabajo sexual, y muchas de ellas son “invisibilizadas”, ya que no tienen la posibilidad de salir a la calle. Quienes son madres tienen problemas para ver a sus hijos o ejercer libremente su maternidad. Tampoco cuentan con acceso a servicios de salud sexual y reproductiva como mamografías, papanicolaou o productos de higiene menstrual.

En respuesta a ello, han buscado fortalecer este eje de acción a través del acceso a insumos para la promoción de la salud como condones, lubricantes, pastillas del día siguiente, pruebas de embarazo e información sobre el acceso a aborto seguro con medicamentos, como se explicó anteriormente. La directora y trabajadora social están capacitadas como acompañantes de aborto seguro con medicamentos y han trabajado por fortalecer la información hacia las usuarias, durante el tiempo de observación una de las usuarias solicitó

acceso a este derecho, esta situación motivó la reflexión sobre la necesidad crear protocolos de aborto para mujeres consumidoras de sustancias y en situación de vulnerabilidad social.

Un elemento importante que visibiliza la condición para las mujeres que consumen sustancias, que ha sido documentado por otros organismos (IAS, 2019). En algunos casos, cuando inician sus trayectorias de consumo inyectado, pueden no saber cómo inyectarse o preparar su sustancia. Una de estas situaciones se presentó durante el trabajo de campo (septiembre, 2021) una mujer llegó a solicitar apoyo, ya que tenía un mes inyectándose y no sabía cómo hacerlo, comentó que inició el consumo con su pareja y quería utilizar La Sala. El coordinador aprovechó para explicarle lugares seguros para inyectarse y cómo preparar su dosis. Esta situación permitió, en un ambiente cotidiano, compartir prácticas seguras de consumo y estrategias para reducir riesgos y daños.

Otro aspecto importante sobre la condición de la población se dio en comunicación personal con la directora en marzo de 2023, explicó que tenían programada una jornada de salud sexual y reproductiva para las MID del centro comunitario, que tenía como objetivo ofrecer papanicolaou, mamografías y revisión ginecológica, pero debido al fortalecimiento del proyecto económico del centro histórico y el notable desplazamiento de las poblaciones de esta zona, las autoridades municipales negaron el permiso para esta actividad, argumentando que “no querían que el centro histórico se relacionara con problemas de salud”.

En cuanto a las prácticas de consumo, se observan variaciones: hay quienes acuden regularmente a intercambiar jeringas, estas personas tienen en común que viven con su familia o tienen un hogar. En cambio, las personas que habitan en calle o que no cuentan con una red de apoyo, son más propensas a compartir sus jeringas o asistir con menor regularidad a intercambiar su material de consumo o a extraviarlo constantemente. Según explica el

coordinador de proyectos (2021) las relaciones que se establecen entre usuarios y usuarias se dan en los espacios que comparten, como la *conecta*⁸ o el *picadero*⁹, la socialización da pie a relaciones interpersonales entre la población, sus redes de apoyo se componen principalmente de otros usuarios.

Sobre el acoso policiaco, durante el tiempo de observación se reactivaron los operativos para “limpiar” la zona de personas que habitan en calle. Según uno de los usuarios (2021) son llevados a la estación policiaca “El Caracol” ubicada en la carretera hacia Tijuana (lejos del centro de la ciudad), durante el trayecto son despojados de su dinero y pertenencias, además son llevados en contra de su voluntad a centros residenciales de atención al uso problemático de sustancias e incluso a otras ciudades. Este usuario comentó que son transportados “al peor centro”, donde hay animales y la comida se encuentra en mal estado. Por este motivo evitan los lugares concurridos o ser muy visibles. Cabe señalar que cuando ocurre esto, baja considerablemente la cantidad de usuarios que acuden al centro comunitario.

La pandemia por Covid-19, ha sido otro factor que ha atenuado la condición de vulnerabilidad de este grupo de población. La directora (2021) comentó que aún no hay información sobre el impacto en la salud de estos grupos, considera que son pocas las personas que manifestaron síntomas, y que son poblaciones no visibles para el acceso a la vacuna. Durante el trabajo de campo, la trabajadora social llevó a una de las usuarias a recibir la vacuna, aunque no contaba con documentos ni identificación y era una persona extranjera pudo acceder a este derecho. Cabe señalar que los lugares donde se realizaron las campañas

⁸ Es como se le conoce coloquialmente al lugar donde ocurre la compra-venta de sustancias psicoactivas ilegalizadas.

⁹ Nombre utilizado coloquialmente para referirse al lugar de encuentro para ejercer la práctica de inyección.

de vacunación son retirados de las zonas donde habita la población, esto dificulta la posibilidad el acceder a ella. Aunado a esta información, la directora comenta que:

“no sabemos, realmente no hay mucha información de cómo impactó el Covid-19 a las poblaciones usuarias de drogas o en los contextos de calle [...] pero a la par empezó también la otra pandemia, la del fentanilo y la de muertes por sobredosis. Entonces empezamos a ver que la gente no se está muriendo por... se está muriendo por sobredosis”.

Además, con la pandemia las actividades económicas se detuvieron, para la población de calle, quienes sobreviven principalmente del empleo informal, afectó directamente la posibilidad de buscar alguna actividad para generar ingresos económicos. En conjunto, se puede decir que el estigma y discriminación persiste sobre las personas consumidoras de sustancias inyectables, el trabajo de la organización ha servido para trazar puentes en el acceso a servicios. El trato digno ha sido el instrumento para conocer las características y condiciones de este grupo, que ha sido invisibilizado y excluido de otros programas y proyectos.

Cuando pensamos en propiciar la participación de las comunidades en los procesos de salud-enfermedad, generalmente se tiene la idea de una población que se involucra directamente en estos procesos y activa a otros miembros. En el caso de la comunidad inyectora, las condiciones estructurales en las que se encuentran impiden el desarrollo natural de estos procesos, las violencias sistemáticas a las que están expuestos les obliga a mantenerse ocultos. Pensar en promover la salud entre estas poblaciones implica tener en cuenta estos elementos, desde las necesidades y prioridades de los grupos.

Puede observarse cómo las inequidades en salud, entendida como diferencias en salud innecesarias, evitables e injustas, colocan a determinados grupos de personas en desventaja,

especialmente en relación con sus posibilidades de conservar la salud, no solo desde el acceso a servicios, sino como un ámbito multidimensional que contribuya a comprender la justicia social (Cardona, Acosta y Bertone, 2013).

Contexto y prácticas de consumo de las mujeres usuarias

Las participantes involucradas en esta investigación habitan principalmente en la zona centro de la ciudad de Mexicali, son usuarias de heroína y algunas la combinan con otras sustancias, principalmente cristal y recientemente el fentanilo, la evidencia mostró que al inicio no sabían que las sustancias que consumían lo contenían, después continuaron utilizándolo pues, en algunos casos, era la única opción disponible. Por otro lado, el proyecto de desarrollo económico, que ha tenido como objetivo reactivar el centro histórico de Mexicali ha generado el desplazamiento de poblaciones habitantes de calle, migrantes y otras poblaciones vulnerabilizadas. En este sentido, el cambio de imagen del centro de la ciudad a través de la remodelación de edificios y calles principales puede entenderse como un proceso de “limpieza social” que busca remover a estas poblaciones marginalizadas de esta área. Una de las entrevistadas expresó que:

“no podías entrar en la línea [fronteriza], te corrían, para el centro casi no podías andar porque donde te miraban te levantaban [la policía] y derechito al centro [de tratamiento], o sea, en los semáforos también” (Selina, 42 años).

Cajas (2012) expresa que la limpieza social conlleva una intolerancia que actúa como referente intimidatorio, que busca universalizar las conductas a través de comportamientos morales o religiosos esperados, quienes están expuestos a estos actos son quienes construyen la otredad, personas que al ser distintas son expuestas a la sospecha, convirtiéndolas en

blanco y objeto de limpieza social. Para estas poblaciones ha significado mantenerse ocultos y evitar exponerse al acoso de la policía, además se han desplazado a trabajar en otras zonas lejanas al área del centro.

El internamiento forzado a centros de tratamiento de uso problemático de sustancias y limpieza social, fue documentada por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Baja California (CEDHBC, 2022), quienes emitieron una serie de recomendaciones al gobierno municipal y seguridad pública por violación a la libertad, actos de discriminación e inseguridad jurídica de personas consumidoras de sustancias. A pesar de estas recomendaciones, las participantes refieren al momento de las entrevistas que, la relación con las autoridades se mantiene tensa, así lo manifiesta Lorena:

“hostigan a amigos, he visto que les quitan el dinero, los están parando cada rato, los que saben que andan limpiando vidrios [...] y les quitan su dinero, les pegan... les agarran coraje a muchos morros y los traen a carrilla bien gacho... a muchos los han desaparecido” (Lorena, 59 años).

En comunicación personal con la directora (marzo, 2023) comentó que, a la fecha no se han cumplido las recomendaciones de la CEDHBC, que incluyen un diagnóstico situacional de la población habitante de calle, un plan estratégico de atención integral, capacitación y sensibilización al cuerpo policiaco, además de la garantía de no repetición. Esto ha significado que la asistencia de la población al centro comunitario haya reducido considerablemente. Esta situación influye directamente en la posibilidad de que la población pueda de acceder a servicios y productos de salud o de atención.

Para las mujeres, estos hechos se suman a otras violencias a las que quedan expuestas, así lo expresa una de las entrevistadas:

“hay gente que agarra casas abandonadas y se mete ahí, pero a mí se me hace más peligroso porque puede llegar otra gente ahí, y estás dormido, te roban o te hacen algo, ¿si me entiendes?, y uno pues a veces está sola o algo, necesitarías acoplarte con alguien. En los albergues pues no, de volada, en el albergue de acá, te hacen test de que, si te estás drogando no te admiten. Y hay ciertos horarios, a cierta hora tienes que llegar y a cierta hora te tienes que ir. Entonces, con Tamay [Hotel del migrante] pues cobran 100 pesos, hay veces que uno tiene quebrada [oportunidad] de cuenta, a veces que no.” (María, 40 años).

El testimonio de María muestra las dificultades que tiene la población para tener un lugar donde habitar o al menos dormir. En el caso particular de las mujeres, la posibilidad de que “te hagan algo”, significa exponerse a violencia sexual. Romo (2021) señala que la violencia de género, incluida la violencia sexual, hacia mujeres consumidoras de drogas, se presenta en diferentes niveles y formas, lo que las mantiene en **situaciones de desigualdad, agudizada a través de la violencia estructural, social y cultural**. El “acoplarse con alguien” como estrategia de cuidado y seguridad, generalmente se refiere a entablar una relación de pareja, si bien, esto puede protegerlas de violencias en el espacio público, las expone a distintos tipos de violencia dentro de la relación de pareja (Folch, Casanova, Majó, Meroño, González, Colom, Brugal, Espelt, 2021; Ospina-Escobar, 2020).

Por otro lado, otra característica del contexto en el que se encuentran las mujeres es que siguen manifestando dificultades para comprar jeringas en algunos establecimientos. Lo mismo ocurre con los servicios de salud, refieren temor y desconfianza hacia las instituciones, debido a experiencias de otros usuarios al acudir a solicitar atención médica:

“Te matan porque, a mí me consta que compas que han ido a limpiarse un cuerazo, que los curen de un cuerazo [abscesos], que ya lo traen bien, han entrado bien, no

andan ni drogados ni nada, y salen del doctor preguntando por quién venía con fulano y tal, porque la quebró [falleció] el vato, que le dio un ataque, siendo que ni enfermo estaba, ¿me entiendes? Siempre salen con esa mamada de los pinchos ataques. No sé qué les inyectan, pero algo nos inyectan. Y más si eres, pues si eres vicioso, y si nadie pregunta por ti, si no tienes familia, la neta” (Lorena, 59 años).

Como la literatura lo ha expresado, se mantienen discursos que patologizan a las personas consumidoras de sustancias como enfermas (Ospina-Escobar, 2020), por lo que la relación que se establece con el personal de salud se mantiene bajo el estigma que conlleva el consumo, creando barreras para el acceso a servicios de salud. Por lo que, en términos de autoatención, se puede decir que, al evitar solicitar apoyo de profesionales de la salud, la comunidad de MID concentra los procesos de s/e/a en lo que acontece dentro de las comunidades.

Por otro lado, uno de los padecimientos recurrentes entre la población inyectora son los abscesos o *cuerazos*, derivados de malas prácticas de inyección. En este aspecto, la literatura ha documentado que las mujeres son más propensas a ser inyectadas por otra persona, sobre todo en la etapa de iniciación, si lo manifiesta una de las entrevistadas:

“tenía que pagar para que me curaran ¿sabes cómo? Y era así, cada rato que me tenía que curar, tenía que pagar para que me agarraran, porque no sabía agarrarme [...] tenía que irme a los yongos ahí donde viven ellos o llevarlos allá donde estaba yo” (Marcela, 28 años)

El hecho de que la práctica de inyección sea considerada una práctica “masculinizada”, puede propiciar que las mujeres sean las últimas en utilizar una jeringa y exponerlas a la transmisión de VIH o Hepatitis C, aunado a que tienen dificultades para que sus parejas sexuales utilicen condón, lo que las deja expuestas a infectarse de VIH y otras infecciones de transmisión

sexual (Kensy, Stengel, Nougier, Birgin, 2013). El VIH y Hepatitis C son los principales padecimientos crónicos que se identifican en la población que se inyecta drogas, este último tiene una prevalencia superior al 94% entre PIDs (Ospina et al, 2021).

La vivencia de estos padecimientos entre las mujeres usuarias se relaciona con el estigma, que es clave para comprender cómo conviven con los padecimientos que, en algunos casos llega a ser parte de su identidad y subjetividad durante su trayectoria de vida (Menéndez, 2018). La relación entre el estigma, el género y los padecimientos posibilitan una variedad de prácticas de autoatención. La violencia institucionalizada en los servicios médicos, las obliga a mantenerse al margen de estos espacios (Osuna, 2013). Así lo expresa una de las entrevistadas:

“no puedo ir ni a la Cruz Roja ni a ninguna parte porque no sé ni lo que tengo, yo sé muy bien que es por la causa de la droga, no es un dolor de garganta, ni una infección del estómago [...] es que no te reciben bien para empezar, y si te llegan a recibir te ponen una inyección para matarte [...] varias personas así iban por ciertas cosas o por cuerazos y les ponían algo y los mataban, ya no regresaban” (María, 40 años).

Otro elemento que en años recientes ha recrudecido el contexto de las mujeres se relaciona con la presencia repentina del fentanilo en las sustancias que usualmente consumían. Si bien las mujeres cuentan con poca información sobre esta droga, han aprendido a modificar sus prácticas de consumo, debido a que han observado que más usuarias y usuarios han muerto. Una de las entrevistadas expresa que ha regulado la cantidad de sustancia que su cuerpo puede tolerar para evitar una sobredosis, disminuyendo la cantidad que ingiere:

“la neta, ya le he bajado un chingo yo [...] porque ya no es heroína, se ha muerto mucha gente y la neta yo sí tengo miedo” (Lorena, 59 años).

La decisión de disminuir y aprender a regular la cantidad de sustancia en su cuerpo constituye un primer nivel de atención, prevención, comprensión y puesta en práctica de la autoatención (Menéndez, 2018). Aprender a dosificar las sustancias, involucra los saberes con los que cuentan para cuidar su salud. Además de las sobredosis, las entrevistadas manifiestan que desde la llegada del fentanilo presentan otras dolencias, como dolores de cabeza frecuentes y diarrea repentina, así lo expresa una de ellas:

“Nosotros no nos dimos cuenta cuando empezaron a meternos el fentanilo, más que en nuestro cuerpo, varios sentimos una diferencia, una reacción en las venas, nos quemaba mucho cuando nos metíamos la sustancia [...] nuestro cuerpo reaccionaba a veces con dolor de cabeza, bien raro, el cerebro se movía bien feo y pues la diarrea de volada se te viene, ansias bien feas en las piernas, en los brazos, todo el cuerpo”

(María, 40 años).

Este reconocimiento de los cambios corporales se integra a nuevos saberes y con ello se modifican las prácticas como estrategia de autoatención. Evidencian también la vulnerabilidad de la población ante la oferta de nuevas drogas cuyos efectos en la salud están aún por documentarse, pero que las mujeres ya viven en sus cuerpos, por lo cual adaptan sus prácticas de autocuidado. Uno de los padecimientos que identifican ante este cambio, son los *cuerazos* y si bien, antes ya los experimentaban, ahora sus manifestaciones son más intensas, como Marcela refiere:

“Como que se hacen más rápido, como que duran [más tiempo para curarse], como que se pudre más la piel” (Marcela, 28 años).

Si bien, existe poca información sobre los efectos del fentanilo físicos y de salud en las personas que lo consumen en estos contextos de marginalidad. Las entrevistadas manifiestan que la presencia no esperada y repentina del fentanilo en las sustancias que consumen ha

llevado a un aumento considerable de muertes por sobredosis entre usuarios de heroína, así lo manifiesta una de ellas:

“ese es el que nos está matando a todos” (Laura, 60 años).

Este es uno de los padecimientos más recurrentes entre la población que consume sustancias inyectables, recientemente se ha documentado aumento en las muertes por sobredosis, sobre todo durante la pandemia por Covid-19. Estas muertes se relacionan con cambios en la disponibilidad de medicamentos y cierre de programas de reducción de daños, los porcentajes de sobredosis en Mexicali corresponden a 18.8% de mujeres, 79.7% hombres y 1.5% en personas trans (Goodman-Meza et al, 2022). La cantidad de sobredosis entre hombres, mujeres y personas trans puede deberse a que la prevalencia de consumo es mayor en hombres cis, además es la población más visible. Goodman-Meza et al (2022) identifica que la distribución de naloxona entre usuarios y usuarias ha permitido prevenir muertes por sobredosis, sin embargo, se requiere duplicar esfuerzos para aumentar el alcance de esta intervención.

La autoatención entre usuarias de sustancias inyectables

Menéndez (2003) plantea que son las personas y los grupos sociales a los que pertenecen, quienes impulsan las actividades que articulan diversas formas de atención, que van desde saberes de la biomedicina combinados con saberes “tradicionales” o “populares” y los recursos con los que cuentan. En el caso de las mujeres entrevistadas, manifiestan distintas formas de autoatención, principalmente al tratar *cuerazos*, es común utilizar la combinación de penicilina, cuando tienen los medios para adquirirla, de lo contrario usan sábila directamente en la zona infectada, este saber se ha transmitido entre hombres y mujeres; sin

embargo, son normalmente las mujeres quienes atienden a sus pares masculinos. Desde una mirada de género, se reconoce que las mujeres usuarias mantienen estrategias asociadas a sus roles de género (Romo, 2010), esto explicaría su preocupación por los otros. En cambio, es común que ellas atiendan por sí mismas sus padecimientos, así lo narra una de ellas:

“he batallado porque a veces no tengo las cosas necesarias [...] y al estilo antigüito, así como de mi abuelita sábila con hierba de manso... me he curado varios cuerazos, me los abro yo sola, me los empiezo a picar para que salga la pus, ya se seca” (María, 40 años).

Estos saberes legos y de la medicina tradicional se integran a las prácticas de autoatención entre las mujeres, quienes además combinan con otros saberes profesionales, sobre todo para atender sobredosis. La atención de sobredosis también se ha modificado desde la incorporación de la naloxona, anteriormente utilizaban agua con sal inyectada hasta que la persona tomara conciencia de nuevo, sin embargo, reconocen algunas ventajas del uso de este medicamento, así lo manifiesta una de las entrevistadas:

“la diferencia entre la sal y la naloxona [...] el medicamento va por medida y pues la sal nomas avientas el puño y lo que levantes y va para adentro... hasta que se aliviane [despierte]” (Selina, 42 años).

Una de las entrevistadas es reconocida entre la población por apoyar durante las sobredosis a través del uso de naloxona y técnicas de reanimación, esto muestra que la adopción de saberes biomédicos interactúa en la actividad de autoatención (Menéndez, 2018):

“[primero] con la naloxona [después] le aflojo la cinta de los zapatos, el cinto para que pueda agarrar aire, les pongo agua en la cabeza [...] muevo sus brazos...” (Laura, 60 años).

Estos relatos permiten observar cómo opera la autoatención a través de la auto prescripción, que está en función de los padecimientos y las condiciones socioeconómicas y situación de las personas y sus grupos, que conduce en términos relativos, a que este proceso adquiriera autonomía (Menéndez, 2018). Así, la posibilidad de acceder a la naloxona, permite la atención inmediata de las sobredosis, aun sin la presencia de un curador profesional o en este caso, de algún integrante de la organización. Las mujeres han adoptado prácticas de autoatención en medio de un contexto de sobredosis que les permiten, en muchos de los casos, responder a través de la inyección de naloxona o uso de primeros auxilios. La combinación de los saberes biomédicos interactúa en la práctica de autoatención (Menéndez, 2018).

Además, se puede observar que las mujeres manifiestan preocupación, cuidado y protección hacia los otros, esto se pone de manifiesto cuando expresan que procuran proveerse de naloxona para utilizarla con los grupos de usuarios o en lugares de consumo. Asimismo, algunas expresan modificación en sus prácticas de consumo desde el aumento de sobredosis, el relato muestra que las entrevistadas evitan consumir solas y que piden ayuda para prevenir sobredosis, así lo manifiesta Lorena:

“nunca me curo sola, yo antes prefería hablarle a alguien, unas rayas [se refiere a compartir la sustancia con su par] que curarme sola, porque [...] si no eran tecatos [si no se inyectaba] pues [les decía] ‘si me doblo, nomás no me dejes morir wey, si no sabes háblale a la policía, a la ambulancia, pero no me dejes morir wey’” (Lorena, 59 años).

Se puede observar que la autoatención opera entre los grupos a los que pertenecen las mujeres en un proceso constante de cambio, a través de las relaciones que establecen de manera

directa e indirecta con las otras formas de atención (Menéndez, 2018), en este caso la atención de las sobredosis.

Con relación a cómo están construidas sus redes sociales, expresan que se relacionan principalmente con sus pares. En pocos casos mantienen contacto con sus familiares; además, manifiestan evitar estar en contacto con otros usuarios de sustancias inyectables específicamente, para impedir ser expuestas a robos, acoso policiaco, u otros tipos de violencia y abusos. Consideran que prefieren relacionarse con personas que consuman sustancias distintas a las que ellas consumen para evitar meterse en problemas, haciendo referencia al acoso policiaco, robos de sus sustancias o pleitos y discusiones con sus pares. Un aspecto importante asociado al género, es que evitan vincularse con otras mujeres, sean o no consumidoras, muestran desconfianza hacia sus pares femeninas, en algunos casos, puede asociarse al miedo de perder a su pareja:

“les abres tu cantón [casa] y te roban hasta los calzones, la neta. Te roban al vato [pareja] yo casi no me junto con mujeres, yo me llevo más bien con vatos [hombres], porque no son tan mitoteros, ni problemáticos” (Lorena, 59 años).

En el relato, la entrevistada expresa rechazo hacia los atributos asociados a la “condición femenina”. Alborch (2011) explica que la rivalidad entre mujeres se reproduce en la competencia por ocupar un lugar en el mundo, es histórica e interiorizada a lo largo del tiempo, otorgándole peso al contexto donde ocurre y la complejidad en que se da. En el caso de las entrevistadas, podría relacionarse al medio hostil en el que viven, el estigma cotidiano es encarnado en distintos ámbitos sociales, las escasas redes sociales y de apoyo con las que cuentan y la noción masculinizada del “mundo de las drogas”.

Asimismo, se observa la adopción de conductas masculinizadas asociada a estrategias de sobrevivencia, así lo manifiesta una de ellas:

“no soy ninguna marimacha, ni machorra [...] pero siempre viví rodeada de hombres y en su medio y yo oía lo que hablaban y me iba con ellos” (Andrea, 55 años).

Desde la perspectiva de género, se observa cómo el género influye en la constitución de las relaciones sociales y las diferencias percibidas por los sexos que representa relaciones simbólicas de poder (Scott, 2008). La forma en cómo este grupo de mujeres se vincula con sus pares femeninos y masculinos, determina actividades de autoatención asociada a la reproducción biosocial que tiene que ver con cubrir necesidades básicas que van desde la alimentación, limpieza, hasta un lugar donde dormir (Menéndez, 2020).

Por otro lado, ante el rechazo y estigma se mantienen alejadas de su familia y sus redes de apoyo generalmente son pequeñas y se componen de un par de amigos cercanos o su pareja; algunas consideran no tener personas de confianza cercanas o con quien apoyarse emocionalmente en caso de alguna dolencia o enfermedad, para algunas la “soledad elegida” es una forma de protegerse del acoso policiaco y otros riesgos, pues les permite mantener un contacto moderado y más controlado de lo que ocurre en su entorno inmediato, pero admiten que esto las expone a otros tipos de violencia como la violencia sexual, robos o asaltos, así lo expresa a través de una de sus vivencias, una de las entrevistadas:

“como saben que soy del otro lado [nacida en Estados Unidos] yo antes, la neta, traía una feria... [...] me metían de más [refiriéndose a sus pares que la inyectaban], o sea hacían la cura y la hacían muy fuerte porque saben que yo no aguantaba tanto, me doblaban y me ganaban con todo, mis propios compas” (Phily, 27 años).

La decisión de mantenerse aislada del grupo de usuarios puede considerarse una práctica de autocuidado, entendida como una conducta individual que posibilita reducir o eliminar conductas de riesgo (Menéndez, 2003). Esta práctica se relaciona directamente con el género, pues en el relato, la usuaria deja la decisión de la preparación de la dosis a sus “compas”, es

decir, sus amistades, sin embargo, fue expuesta a robos y otras formas de violencia, principalmente la violencia sexual, cabe señalar que este tipo de violencia es común entre las mujeres entrevistadas, todas manifiestan haberla vivido en algún momento de sus vidas, una de ellas expresa:

“me han robado y la última vez si me metieron mano me sacaron las cosas de mi bolsa y me sacaron de una pierna el pantalón, porque me había quedado dormida en el panteón [...] iba con un compa, fíjate [...] me curé y ya no supe yo” (Selina, 42 años).

Ospina-Escobar (2020) explica que este tipo de violencia es recurrente en la vida de personas que son ubicadas en un “lugar extremadamente marginal en la estructura de estatus: mujeres- ‘adictas’- ‘prostitutas’ y ese lugar subordinado es el que establece la violación como acto posible para el perpetrador” (p. 136). El testimonio anterior evidencia que la violencia queda legitimada como una práctica posible para quien la ejerce, dejando a las mujeres con poca o nula capacidad de decidir o defenderse.

En este sentido, la autoatención puede verse desde un plano estructural que se encuentra en un proceso de relación con otras formas de atención y como proceso que opera en términos socioculturales (Menéndez, 2018) a través de las decisiones de las mujeres para prevenir y atender riesgos y las relaciones que se establecen entre los micro grupos a los que pertenecen. Por otra parte, un aspecto importante en los relatos de las entrevistadas es que, aunque todas son madres, ninguna vive con sus hijos, debido o como consecuencia del consumo:

“Me los quito el DIF, mi mamá es la que se hace cargo de ellos y yo cada semana voy y le doy dinero a mi mamá para mi niña... pero trato de no estar allá mucho,

porque si estoy allá y llega el DIF se los pueden quitar a mi mamá, por eso trato de no estar mucho en la casa de mi mamá” (Jessenia, 30 años).

La negación del ejercicio de la maternidad definido por el Estado, determina mecanismos para invalidar la capacidad de cuidar a las mujeres usuarias de sustancias. Así, la práctica de cuidado de su descendencia es alejarse, ya que el riesgo de perderlos es inminente, dado que “la separación de los hijos e hijas opera como un castigo ejemplar por la violación de los mandatos de género que supone para estas mujeres el uso de drogas ilegales” (Ospina-Escobar, 2020). Este castigo actúa desde lo social y se valida a través de las instituciones del estado. De esta forma, también se puede observar el papel de las instituciones sociales como factor constituyente de las relaciones de género (Scott, 2008).

Por otro lado, las características del contexto, la construcción social de género y el ser mujeres en la sociedad en general y en los grupos específicos a los que pertenecen influye en la forma en que las mujeres consumen sustancias psicoactivas (Romo, 2005) y en la adopción de prácticas de autoatención. Para Menéndez (2018) los dos niveles de autoatención se mantienen relacionados y puede ser difícil establecer un corte claro entre uno y otro. En el caso de las mujeres entrevistadas, sus condiciones de vida dificultan la posibilidad de establecer estos límites, puesto que es una población que no cuenta con vivienda, servicios de salud, y a veces ni con la posibilidad de asegurar alimentación diariamente. La reproducción biosocial se encuentra estrechamente ligada con el consumo y la relación que establecen entre los micro grupos, es decir, sus pares, al compartir condiciones de vida, algunas logran establecer lazos de apoyo, como señala una de ellas:

“nos echamos la mano unos a otros, si es para la comida nos echamos la mano, en lo que podamos, entre todos” (Laura, 60 años).

Por otro lado, una parte importante en la autoatención son los grupos con los que cuentan, en este caso, la organización como grupo de autoayuda con un enfoque comunitario, que responde a necesidades que no han sido cubiertas por entidades del estado (Haro, 2000), opera de forma articulada con los saberes tradicionales con los que ya contaba la población y los saberes de tipo biomédico. Si bien, la organización provee servicios de reducción de daños, se identifica que estas intervenciones permiten, a través del contacto cara a cara, transmitir prácticas de consumo más responsables, que llegan a impactar en sus prácticas de autoatención. Una de las usuarias expresa su opinión sobre los servicios que le provee la organización:

“nunca se meten con tu consumo, respetan mucho eso... pero si te hacen comentarios de qué hace más daño el fentanilo, te dan información pues... o que no te piques en ciertas partes porque es más peligroso, o si traes un cuerazo luego te canalizan con los doctores... [...] te orientan en lo que te hace daño” (Selina, 42 años).

Otra de las entrevistadas expresa que:

“desde que están los intercambios de jeringas neta, no hay tanta gente con cuerazos como antes [...] un pinche cuete [jeringa] lo usaban como 20 cabrones” (Lorena, 59 años).

La autoatención se da por las actividades impulsadas por las mujeres y sus grupos sociales, la articulación de saberes se da en conjunto con las intervenciones de reducción de daños, en este caso, las entrevistadas se refieren al intercambio de jeringas. Además, según lo expresado por las entrevistadas, evitan compartir jeringas usadas, se reconocen más cuidadosas en el consumo respecto a sus pares masculinos. Y utilizan el cuidado de su apariencia como herramienta para evitar el acoso policiaco o actos de discriminación, así refiere Selina:

“no me molestan los placas a mi [...] es que también a veces tiene que ver mucho el aspecto que traes en la vestimenta y todo, porque te ven bien desaliñada y pues la misma gente les habla a los policías, los de los carros y eso... [...] por eso siempre procuro andar limpia, no con ropa de marca, pero de perdida limpia y aseada, y si me han llamado la atención por limpiar vidrios, pero hasta ahí, pero nunca me amenazaron con llevarme al centro o algo así” (Selina, 42 años).

Las mujeres son consideradas más cautas y menos arriesgadas (Romo, 2010) aspectos como preocuparse por su apariencia, facilitan prácticas de autocuidado diferenciada a sus pares masculinos, a quienes perciben como desaliñados y poco preocupados por su aspecto. Otro elemento que destaca es que, aunque pueden acceder a pruebas rápidas de detección de VIH o Hepatitis C, expresan renuencia a solicitar tratamiento, así lo manifiesta una de las entrevistadas:

“no he querido ir, había escuchado que es muy fuerte el tratamiento, yo tengo hepatitis C en base a la adicción de la heroína y, este, me da miedo, casi con medicamento no me gusta [...] no me gusta tomar medicamento, ni tratamiento, si me pasa algo que me pase, prefiero así dejarlo [...] sí sé que tengo que ir, yo sé que ellos me pueden ayudar [refiriéndose a la organización] pero no quiero ir, me da miedo” (María, 40 años).

Este hecho puede relacionarse con la desconfianza que manifiestan las entrevistadas de acudir a solicitar servicios de salud. Así, la autoatención después de un diagnóstico de enfermedad crónica en la población inyectora se relaciona tanto con las barreras estructurales e institucionales para acceder al tratamiento, como con la decisión de no acudir con un profesional de la salud tiene que ver con las creencias culturales y el estigma que persiste sobre la población.

Como señala Menéndez (2018) los procesos que viven los sujetos son complejos, contradictorios y ambivalentes, por ello se requiere observar su cotidianidad y la de sus grupos, cómo permanecen, desaparecen y cambian las representaciones y prácticas sociales, incluso las “instituciones” que atienden los procesos de s/e/a-p, y cómo se desarrollan estos cambios a partir de los recursos con los que cuentan las personas. De igual forma, el género influye en sus relaciones sociales, en las decisiones que toman para cuidarse y atenderse y en los procesos de autoatención.

CAPÍTULO VII: La promoción de la salud desde la reducción de daños y la autoatención

*Es necesario
hacer un mundo nuevo.
Un mundo donde quepan
muchos mundos,
donde quepan
todos los mundos.*

Subcomandante Marcos, EZLN.

El objetivo de este capítulo es analizar la relación entre las intervenciones de reducción de daños como estrategia de promoción de la salud y las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas en Mexicali Baja California. Estudiar la reducción de daños desde el enfoque de promoción de la salud, posibilita reflexionar sobre las condiciones micro y macro estructurales en las que ocurren las intervenciones, ya que la promoción de la salud desde su apuesta política y académica, tiene el compromiso y la responsabilidad de que los actores sociales logren mejores condiciones de salud y alcancen mayor bienestar con equidad social (Restrepo, 2001).

Además, reconoce que las prácticas de autoatención y las intervenciones de reducción de daños contribuyen a la co-creación de saberes y agencia de las MID, sus redes más cercanas y del personal que las implementa para enfrentar las dificultades para atender la salud. En esta investigación se encontró una relación entre los procesos de gentrificación y las políticas de drogas que modifican las dinámicas y formas de organización social en torno al consumo de sustancias de las personas que participan en el estudio. Estos procesos estructurales generan condiciones que dificultan el trabajo de intervención a nivel comunitario de la organización, así como cambios en las estrategias de autoatención de la población para afrontar las desigualdades en salud.

Se propone discutir sobre el trabajo de reducción de daños de la organización en su componente de acción intersectorial, política y comunitaria propuesto por Málaga y Perdomo (2001), quienes exponen que los procesos de promoción de la salud, deben promover la equidad y disminuir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas, tanto en el estado de salud de las personas como en las características de la prestación de los servicios que reciben. Para analizar estos elementos, el capítulo se compone de tres secciones: 1) la reducción de daños desde una mirada de salud, 2) la promoción de la salud y reducción de daños y 3) autoatención y promoción de la salud. A lo largo de estas secciones, se intenta identificar los elementos de saberes compartidos que darían sentido y significado a la posibilidad de construir una mejor salud desde la promoción de la salud.

La reducción de daños desde una mirada de salud

La salud entendida como una cuestión social compleja se relaciona con aspectos económicos, ambientales, culturales y políticos (Girard y Lamy, 2012). Para establecer estrategias de promoción de la salud que tomen en cuenta el contexto, Kornblit y Mendes (2004) explican que la salud/enfermedad se concibe como algo que cambia en función del medio y que, en contextos con acumulación de marginalidades sociales o económicas, la salud no es la opción número uno, ya que otras necesidades básicas y cotidianas son prioritarias.

Partir de un enfoque de promoción de la salud en el consumo de sustancias significa reconocer su carácter social y su relación con las condiciones de vulnerabilidad de las MID. Desde la reducción de daños se asume que el consumo existe y hay personas que no quieren o no pueden dejar de consumir, por lo que su prioridad está en el acceso a servicios de salud que atenúe los riesgos ante ciertas enfermedades específicas a las que están expuestas las

personas, o bien cuando ya existen estos padecimientos, tengan atención y tratamientos requeridos.

Es importante reconocer que la reducción de daños como paradigma que se opone a la prohibición, enfrenta un panorama sociopolítico permeado por las consecuencias de la “guerra contra las drogas”, mayor presencia militar en el país y, como señala Atuesta (2014) la saturación y colapso del sistema de procuración y administración de justicia, aunado al rezago institucional y presupuestal para la prevención y atención al uso de sustancias desde una perspectiva de salud. A esto se suma el imaginario social y político que criminaliza el consumo y promueven la violación de derechos fundamentales, como el derecho a la salud, la libertad y el debido proceso (Beltrán & Iñiguez, 2021).

Las intervenciones de reducción de daños desde organizaciones civiles, responden con un enfoque de salud pública y derechos humanos a las dificultades de las poblaciones consumidoras para acceder a la salud. Durante el trabajo de campo de esta investigación enmarcado en restricciones para la contención de la pandemia por COVID-19, no se detectaron actividades del Estado o sus instituciones dirigidas a esta población. Frente al contexto de urgencia por la llegada de olas migratorias en diversas ciudades fronterizas, incluyendo Mexicali, los esfuerzos se enfocaron principalmente en ofrecer apoyo y atención a estos grupos, especialmente desde albergues operados por la sociedad civil que brindan estancia, alimentación, atención médica, ropa y algunas apoyo jurídico y asesoría en temas de regulación migratoria (Ramírez-Meda y Moreno-Gutiérrez, 2021).

Según lo documentado, hay factores internos y externos que influyen en el desarrollo de las intervenciones de reducción de daños y la adopción de prácticas de autoatención entre las poblaciones de personas usuarias. Desde el modelo socio-ecológico, se toman en cuenta componentes individuales, sociales y ambientales como objetivos para la promoción de la

salud (Guzmán, Armendáriz y Alonso, 2020). Por su parte, Briceño-León (2007) propone la utilización de este modelo para colocar las condiciones sociales que incluyan la vida social desde una mirada situacional y cultural para comprender lo que pasa en una realidad social determinada.

Desde el planteamiento de esta investigación se enfatizan los aspectos contextuales que, según los hallazgos del trabajo de campo, influyen directamente en el trabajo de la organización y las prácticas de autoatención de la población usuaria. A nivel estructural, el recorte presupuestal de 2018, hacia organizaciones civiles, así como el estigma social sobre el consumo de drogas, tienen un papel determinante en el alcance que logra la organización. Desde sus inicios, la organización obtenía financiamiento que garantizaban intervenciones en el centro comunitario y en colonias cercanas, lo que permitía realizar mapeos de puntos estratégicos, equipar el espacio, capacitar y contratar al personal. Sin embargo, desde el recorte presupuestal, la organización pasó de tener 14 personas contratadas a solo una con contrato temporal. Esto significó un retroceso y limitación del trabajo, sin embargo, los integrantes continuaron realizando acciones en función de sus capacidades y alcances.

La pandemia también influyó en las actividades que realizaban, ya que se limitaron a brindar atención únicamente dentro del centro comunitario, como explica la directora (2021):

“nos adaptamos [...] ya no entraba la población, los atendemos de la puerta para acá [afuera] con las medidas de seguridad de todo, porque teníamos que cuidar nuestra salud primero y también cuidar la salud de la población. Entonces nos adaptamos a eso, después el acrílico, el cubrebocas, [...] tuvimos que incluir en nuestros presupuestos, tuvimos que incluir comprar cubrebocas, gel antibacterial, jabón [...] ya si o si teníamos que tener disponible también para la población y para nosotros”.

Además de lo anterior, desde la organización reconocen la dificultad para promover la participación intersectorial pues, desde su experiencia, las instituciones del Estado replican el estigma hacia la población consumidora de sustancias, así lo relata la directora (2021):

“el cambio lo estamos haciendo las organizaciones [...] las instituciones siguen igual, con esa postura de negar servicios, desde servicios de salud a las poblaciones, con este estigma”.

Estos resultados concuerdan con lo que Guerra y Zwitter (2022) documentan sobre el contexto de inseguridad jurídica, la estigmatización ciudadana y política y la insuficiencia de recursos ponen en peligro la capacidad de incidencia y operatividad de las organizaciones de reducción de daños. A esto se suma el panorama sociopolítico prohibicionista para la reducción de daños en la frontera norte, lo que limita su capacidad de incidencia en las políticas de drogas, aun cuando generan evidencia de lo que ocurre con las poblaciones y los cambios en las dinámicas actuales de consumo, que como en esta investigación se documentó, se relacionan con la incorporación del fentanilo en la zona.

A las dificultades presupuestales se sumó que, durante la pandemia, no se aplicaron protocolos para la atención de la salud de poblaciones habitantes de calle y/o consumidoras de sustancias. El personal refiere que no se destinó información de prevención o atención sobre el Covid-19 a esta población y no fueron incluidos en el acceso a la vacuna. Además, durante el tiempo de confinamiento por la pandemia, (Ospina, Ramos y Rojas, 2023) documentaron el cierre de centros residenciales de tratamiento, enviando a sus casas a las personas que se encontraban internadas; así como clínicas privadas de metadona que no permitieron el ingreso de nuevas personas, restringieron sus horarios y aumentaron el precio del medicamento sin previo aviso. Estos discursos y prácticas institucionales evidencian el estigma hacia las personas consumidoras, mismo que funciona como un proceso de

construcción arbitrario y cultural que surge de la necesidad de apartar o rechazar a aquellas personas o grupos sociales que se desvían de aquello socialmente “normal” o aceptable (Marco, Segovia, Calvo y Carbonell, 2021).

Estos procesos de estigmatización y exclusión social convierten a las personas consumidoras en seres desposeídos y despojados incluso del derecho a la salud, quienes son definidos en comparación con las personas no consumidoras, y los pone en el lugar del *otro*, cuya posición social es diferente e inferior a los demás, legitimando su exclusión en el imaginario social (Marco et al, 2021). Tal como lo refiere la directora de la organización (2021):

“esta población a la que atendemos en esta zona, pues viven situaciones... en contextos complicados, son personas... una gran parte no tienen hogar, no tienen acceso a la vivienda, no tienen acceso a un ingreso estable, es parte de todo el estigma, del abandono de las instituciones”.

Durante el trabajo de campo, una de las usuarias del centro comunitario expresó que le fueron negados servicios de salud, cuando acudió a solicitar la prueba de Covid-19 para ella y su pareja (Laura, 25 años, octubre 2021). Desde la promoción de la salud, se reconoce que la población menos favorecida puede reproducir comportamientos que ponen en peligro su salud, pero éstos se relacionan con una “respuesta” a las agresiones del entorno, en este caso, a la violencia y discriminación que se viven en las instituciones. De acuerdo con Castillo (2004), las acciones de promoción de la salud deben incluir una discusión sobre las desigualdades sociales, políticas o económicas que dificultan las prácticas de cuidado de la salud.

Junto con el testimonio sobre la negación de servicios para acceder a la prueba de Covid-19, se documentaron situaciones que evidenciaron el rechazo y exclusión sistemática

que viven las poblaciones consumidoras, en distintos ámbitos, en respuesta expresan rechazo a solicitar servicios públicos de salud. En este aspecto, la intervención de la organización como intermediaria entre la población y las instituciones de salud ha sido importante para facilitar este acceso, sobre todo entre quienes padecen enfermedades infecciosas como hepatitis C. Como se ha enfatizado, el carácter comunitario de las intervenciones y el trato horizontal permiten darle seguimiento a la condición de los usuarios que buscan adherirse a tratamiento, así lo expresa la trabajadora social (2021):

“Hay unos que lo están llevando bien [...] hay uno que últimamente ha estado yendo a sus consultas, no ha consumido, y está tomando su medicamento de hepatitis y está iniciando con otro medicamento”.

Por otro lado, se encontró que otro elemento condicionante para la promoción de la salud entre PIDs, son los procesos de gentrificación que ocurren en el contexto local de Mexicali, y que se combinan con el estigma y el recorte presupuestal. Algunos efectos de la gentrificación incluyen la “reapropiación por parte del capital de zonas de la ciudad que experimentan la llegada de sectores de mayores ingresos que inducen al desplazamiento de habitantes originarios de rentas bajas. Este proceso se acompaña de múltiples transformaciones demográficas, culturales y comerciales” (Hernández, 2015, p. 256).

En esta investigación se documentaron los cambios físicos en la zona centro de Mexicali, desde el inicio del trabajo de campo en 2021 hasta marzo de 2023. Para esta fecha, las calles se habían rehabilitado y pavimentado, se contaba con alumbrado público y se mejoró el mobiliario de los parques de la zona. A esto se suma que algunos de los edificios fueron restaurados o rescatados como centros culturales de la población china, restaurantes o casinos. Estos procesos han ocasionado el desplazamiento de la población habitante del centro y otros actores sociales, hacia puntos donde se les dificulta la acceder a los servicios

que ofrece la organización o bien, de realizar sus actividades cotidianas para la obtención de ingresos, ya sea porque tienen que recorrer mayores distancias e invertir recursos de tiempo y dinero para movilizarse o por el acoso policial que enfrentan al transitar por las calles.

Así, la gentrificación entendida como “el fenómeno en que una persona o un colectivo se ven obligados a renunciar a su residencia por condiciones que afectan a la vivienda o a su entorno inmediato y que están fuera de su control o prevención” (Hernández, 2015, p. 257), genera en esta población aún mayores condiciones de vulnerabilidad al ser expulsados hacia otras zonas más aisladas, propiciando cambios en las dinámicas sociales de las personas habitantes de calle.

La zona centro que históricamente había sido considerada peligrosa, ha pasado a ser un espacio donde se concentra inversión para convertirla en un atractivo turístico de la población china, quienes tienen presencia económica y cultural en esta franja fronteriza. Durante este proceso de gentrificación, la CEDHBC documentó la violación de derechos de personas consumidoras y en condición de calle, por las detenciones arbitrarias e internamientos involuntarios en centros de tratamiento. En 2023 durante el trabajo de campo, se documentó que el desplazamiento de la población habitante de calle es notorio, lo que sugiere la necesidad de ahondar en lo que está ocurriendo con las personas desplazadas, hacia dónde se van y cuáles son sus estrategias de sobrevivencia.

Según lo documentado, aunque se identifica que las personas adoptan medidas de autocuidado y autoatención, emergen los elementos del contexto, como el desplazamiento de la población, que actúa como barrera para acudir con mayor regularidad a solicitar servicios de reducción de daños, así lo explica una de las entrevistadas:

“ahorita no he estado yendo porque voy una vez por semana por cuetes [jeringas], casi no voy para allá, pero anteriormente si iba cada rato, iba dos o tres veces”

(Selina, 42 años).

La entrevistada explicó que le gustaría tener más cerca la organización; se puede apreciar que identifica y reconoce las ventajas de tener servicios accesibles de salud, sin embargo, el contexto local relacionado con el desplazamiento, la gentrificación y las detenciones arbitrarias hacia la población, actúan como factor externo que limita su posibilidad involucrarse directamente en el cuidado y atención de su salud.

Estos grupos considerados minorías, según Hernández (2015) experimentan una expulsión mediante la fuerza pública y materializan el binomio *gentrificación y desplazamiento*. Esta disputa por el espacio en el centro de Mexicali, posibilita el ejercicio de la violencia física y simbólica hacia poblaciones excluidas, como mecanismo político para favorecer el desarrollo del capital económico privado. Según Janoschka, Sequera y Salinas (2014) los procesos de gentrificación implican cambios drásticos en las estructuras sociales y espaciales, además están ocurriendo con indiferencia de la orientación política de las administraciones locales y generan la aplicación de políticas de desplazamiento (a menudo violentas), que buscan expulsar ciertas prácticas (sociales, culturales, económicas y políticas) no deseadas, que impiden que poblaciones menos favorecidas puedan apropiarse de áreas específicas de la ciudad. Esta situación fue observada en el centro de Mexicali, donde se anteponen las dinámicas económicas sin promover en paralelo, opciones alternas para la población habitante de calle.

A esto se suma el desplazamiento de otros actores sociales, como es la misma organización, quienes no han logrado establecer diálogo con las autoridades para asegurar la

continuidad de su labor. Desde 2018 que fue clausurado el centro comunitario, permanece esta tensión, así lo expresa el coordinador de proyectos (2021):

“van cuatro presidentes municipales a los que nos hemos acercado desde que clausuraron, desde que anunciamos el nuevo proyecto comunitario. Nadie nos ha abierto las puertas, hemos llenado oficinas, hemos hablado por teléfono, nos hemos reunido con secretarios de las presidentas y presidentes municipales, llamadas sobre todo para discutir todo, pero no nos quieren aquí [...] estamos con la amenaza constante de clausura”.

Este hecho puede dar cuenta, en palabras de Guerra y Zwitter (2022) del estigma que persiste sobre el tema de las drogas y que, en conjunto con los procesos de gentrificación y desplazamiento, entorpece la implementación de la promoción de la salud. Ante estas situaciones surgen nuevas preguntas sobre ¿cómo plantear acciones de promoción de la salud en territorios complejos de desplazamiento? ¿Cuáles son los límites de estas intervenciones? ¿Qué opciones deberían ofrecer el Estado hacia las poblaciones desplazadas?

López y Mercado (2004) señalan que “una cultura de salud comunitaria es el resultado de la interrelación establecida entre la comunidad, las instituciones y organismos que dan respuesta social a los problemas de salud” (p. 165). Sin embargo, los datos empíricos de esta investigación muestran el complejo entramado macro y micro estructural que es necesario reflexionar y desarticular para transitar hacia una salud comunitaria. Según lo encontrado, las poblaciones buscan cuidar su salud con los medios que están a su alcance, contradiciendo los discursos prohibicionistas que señalan a las personas consumidoras como poco preocupadas por la atención de sus condiciones de vida y salud, sin embargo, al ser limitados sus recursos, siguen enfrentando padecimientos que no solo minan sus condiciones de vida, sino que los sobreexponen a la muerte.

Desde la perspectiva de la promoción de la salud es necesario considerar a las personas como sujetos activos, con capacidad de participación, de decisión y de asumir responsabilidades para cuidar su salud (López y Mercado, 2004). En esta investigación se documenta que si bien la organización parte de formas alternativas para entender y atender los problemas de consumo de sustancias y reivindicación de derechos de las y los usuarios, las condiciones de política pública centrada en acciones punitivas y prohibicionistas, dificultan la puesta en práctica de estas intervenciones, a lo que se suma la falta de voluntad política y de establecer diálogos intersectoriales para diseñar e implementar programas de promoción de la salud.

El papel de la organización, como grupo de ayuda mutua, ha servido, en palabras de Haro (2000) para “responder a necesidades no cubiertas por los sistemas profesionales u oficiales de salud y asistencia social” (p. 115). Su papel va más allá de impulsar acciones de promoción de la salud y reducción de daños, se vincula con un movimiento más amplio que busca generar cambios en las políticas de drogas y los efectos del prohibicionismo.

Sin embargo, y siguiendo con Haro (2000) estos grupos ven mermada su capacidad de autonomía frente a factores como la dependencia a financiamientos, a lo que se suma el estigma de su labor al atender a población excluida y ubicarse en posiciones subordinadas frente a los poderes hegemónicos de la medicina y el estado, que criminalizan el consumo de sustancias. La fortaleza de Verter, AC para continuar frente a los efectos de la pandemia por Covid-19, la falta de financiamiento y el abandono del Estado, se relaciona con su capacidad para trabajar en red con organizaciones afines, que fortalezcan el acceso a insumos, divulgación de información e investigación y visibilización de los problemas de salud pública que atienden.

Promoción de la salud y reducción de daños

Posiblemente, la continuidad del trabajo de Verter, AC en las condiciones en el apartado anterior se refieren, no solo a las características de las personas que la integran, sino a las relaciones que logran establecer con otras instituciones, actores sociales y grupos. Lo que plantea la interrogante ¿serán estas relaciones y acciones intersectoriales las que ofrecen las posibilidades de fortalecer la promoción de la salud? En este sentido, este apartado se propone analizar, siguiendo a Málaga y Perdomo (2001), la relación entre los componentes de acción intersectorial, acción comunitaria y acción política como elementos de la promoción de la salud que combinados enfrentan sus propias limitaciones en la atención de la salud de personas consumidoras, pero también constituyen fortalezas para la continuidad del trabajo de promoción de la salud.

Con relación al componente intersectorial, los autores refieren que las intervenciones para solucionar problemáticas de salud poseen distintos niveles de complejidad, mientras más jerárquico sea el nivel de los factores determinantes, más intersectorial será su solución. Esto supondría que las acciones enfocadas en la atención y prevención de consumo de sustancias, deberían incluir a las distintas autoridades involucradas en el tema. Pero ante la desatención del Estado, se identifica que la organización actúa como actor social principal que trabaja de manera aislada para atender a estas comunidades en este contexto.

Las relaciones que han construido con instituciones y actores sociales para atender distintos ejes de trabajo van desde, colaboración con universidades locales como la Universidad Autónoma de Baja California (UABC) para vincular a estudiantes a prestación de servicio social en atención psicológica, trabajo social o enfermería, sin embargo, durante el tiempo de observación y trabajo de campo, no se detectaron acciones enfocadas en la vinculación de estudiantes, lo que pudo estar relacionado con las restricciones por Covid-19.

También hay colaboración en investigación con universidades como la Universidad de California (UCLA) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, para generar evidencia científica sobre las intervenciones de reducción de daños y las poblaciones consumidoras. Estas colaboraciones han aportado evidencia sobre las condiciones de la población (Fleiz-Bautista et al, 2019) y la efectividad del programa de prevención de sobredosis (Goodman-Meza et al, 2022). El fortalecimiento de estos trabajos permitiría generar información sobre los cambios en las dinámicas de consumo, la pertinencia de las intervenciones de reducción de daños y la provisión de servicios de salud de acuerdo con las necesidades de las personas que consumen sustancias. Además, a través de estas investigaciones han logrado recibir insumos de prevención y recursos económicos derivado de la vinculación de sus miembros a los grupos de investigación, de modo que las investigaciones permiten visibilizar el impacto de su labor y aunque es limitada, se convierten en una fuente alternativa de ingresos.

El enfoque comunitario permite el alcance con poblaciones con las que el Estado no ha logrado establecer vínculos. Aunque la organización ha asumido una responsabilidad del Estado, al preocuparse por detectar y vincular casos de VIH, sífilis y Hepatitis C, esto ha posibilitado una relación continua con la Secretaría de Salud y CAPASITS para adherir a la población a tratamiento que, en algunos casos puede tornarse utilitaria, como señala la trabajadora social (2021):

“el proyecto que está ahorita [...] de la hepatitis C, tienen que sacar ciertos números [...] entonces ellos están involucrados con nosotros porque saben que tenemos a la población que tiene hepatitis C [...] entonces pues hay conexión con ellos porque yo les mando gente y ellos la atienden”.

Según Ospina-Escobar (2022) las intervenciones de base comunitaria han impulsado otras representaciones del consumo de sustancias que van desde lenguajes incluyentes, integradores y basados en el reconocimiento del otro como alteridad; se han logrado la publicación de un manual de reducción de daños y la reforma de la NOM-028 para la prevención, tratamiento y control de adicciones. Aunque el trabajo en conjunto con las instituciones del Estado posibilita el acceso a tratamientos, pone en desventaja al trabajo de la organización, pues no se crean convenios de colaboración que logren respaldar y formalizar su labor, como explica la directora (2021):

“hemos tenido convenios de colaboración con algunas organizaciones [...] con la Secretaría de Salud, en el caso de CAPASITS por ejemplo... nunca hemos tenido un convenio de colaboración con ellos... no formal... o sea, siempre ha sido una colaboración, también han sido muchos años [...] también va a depender mucho de quien esté en la dirección, de qué tan buena pueda ser la colaboración ahí [...] conforme han ido cambiando [...] es ir, acercarnos, hablar, presentarnos...”

La relación con estas instituciones para vincular a atención y acceso a la salud ocurre de manera “no oficial”, como refiere el personal de la organización y se basa en simpatías e intereses personales de quienes están al frente de las instituciones. Esta falta de formalidad en la prestación de servicios a poblaciones de personas usuarias reproduce la falta de legitimidad, reconocimiento y subordinación de las organizaciones de la sociedad civil frente a las instituciones del Estado, dificultando el diseño de mecanismos y protocolos formales para la atención de la población consumidora. Sin embargo, la acción intersectorial entre la sociedad civil e instituciones del Estado para atender la salud de las personas consumidoras a través de la reducción de daños, logran superar en la práctica, algunas barreras institucionales. La directora (2021) expresa:

“...para que esos resultados se dieran, o sea, no hubiéramos podido lograr los acompañamientos, si CAPASITS no da las facilidades también. Digo, es parte de lo que tienen que hacer, pero también es más fácil si lo hacemos de manera coordinada”.

Aunque hay tensión entre instituciones del Estado y de la sociedad civil, y se mantienen en una desigual y compleja relación, han logrado acuerdos que benefician a la población más desfavorecida, como lo expresa la directora. Por otro lado, debido a las sobredosis registradas desde 2019 (Goodman-Meza et al, 2022) que ocasionaron el aumento de llamadas de emergencia, personal paramédico de la Cruz Roja acudía al centro comunitario a solicitar donación de naloxona, ya que no tienen acceso a este fármaco, debido a que está clasificado como psicotrópico y que se mantiene restringido al uso exclusivo intrahospitalario y siempre suministrado por personal médico (Ospina, Ramos y Rojas, 2023). La directora (2021) explicó sobre cómo se dio esta relación:

“ha de tener poco más de un año, se empezaron a acercar porque nos vieron [...] que estábamos atendiendo en campo, un paramédico [...] estuvieron viendo en varias ocasiones [...] que traíamos la naloxona y preguntaron [...] si la conocían porque es parte de, pero difícilmente tenían acceso a naloxona los paramédicos. Entonces empezaron a venir...”

Si bien las instituciones públicas de salud enfrentan sus propias limitaciones presupuestales, de recursos humanos y legales, como es el caso de la naloxona, la falta de acción intersectorial y de reconocimiento de la labor de la sociedad civil, aunado a la postura prohibicionista y punitiva frente al uso de sustancias impide construir puentes de atención a problemas de salud complejos como las sobredosis. El aumento de sobredosis en la frontera norte de México y de manera específica en Mexicali, se relaciona con la presencia de fentanilo en el consumo

de sustancias psicoactivas, sin que exista mayor debate en los espacios políticos sobre las consecuencias de salud en la población, que posicione un discurso de derechos y promoción de la salud. A este complejo problema de salud, se suman las dificultades de dialogo con autoridades municipales y de seguridad pública, ya que la postura prohibicionista y de criminalización define sus acciones.

Siguiendo con la identificación de actores e instituciones sociales, también se documentó la presencia de albergues y centros de tratamiento quienes, realizan acciones concretas de atención, específicamente con personas migrantes, personas habitantes de calle o personas con consumo problemático de sustancias. Aunque atienden a poblaciones similares, no se documentaron acciones dirigidas a la creación de redes o alianzas locales. En futuras investigaciones, se sugiere incluir estos espacios en acciones o programas de promoción de la salud.

Las colaboraciones principales que mantiene la organización son mediante convenios de colaboración y trabajo en red con organizaciones afines enfocadas en la defensa de derechos humanos, migración, reducción de daños o políticas de drogas. Este trabajo colaborativo se vuelve prioritario para avanzar en una promoción de la salud que contribuya en la disminución de desigualdades injustas, innecesarias y evitables (Paredes, Ródenas y Cassetti, 2021). Como es para las PID, cuya construcción subjetiva ha quedado limitada a visiones estereotipadas del consumo, impidiendo consolidar un discurso que les reivindique como sujetos de derechos (Ospina-Escobar, 2022).

La incidencia de las acciones intersectoriales requeriría de la atención y sensibilización de personal de salud y seguridad pública, cambios en las políticas de drogas actuales y acciones de los tres órganos de gobierno. La organización ha logrado presentar resultados de sus intervenciones, informes e invitaciones a foros, pero la falta de legitimidad

los mantiene en una posición de subalternidad frente a la institucionalidad de las normas estatales. El coordinador de proyectos (2021) expresa que, aunque han buscado vías de comunicación e interés por ser tomados en cuenta en la toma de decisiones, no lo han logrado:

“se tiene que hacer, pero cuando buscas precisamente un programa o una experiencia no las hay. Digo, no abren esas vías para que participemos, no abren recursos y es lo que tienen que hacer”.

Para Paredes, Ródenas y Casseti (2021) en el contexto local, el trabajo intersectorial es una herramienta clave para transformar la realidad desde los municipios, proponen como base la creación de una agenda en común, que reconozca a distintos actores sociales. En el caso de Mexicali, las acciones intersectoriales a nivel local logran atravesar barreras para el acceso a tratamiento. Sin embargo, la población expresa la necesidad de atender otros problemas de salud como la detección de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión; o el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que incluya estudios de papanicolaou, métodos anticonceptivos o mamografías, que son preocupaciones que expresaron las mujeres que participaron en esta investigación.

El fortalecimiento de acciones intersectoriales entre organizaciones civiles e instituciones y organismos encargados de la atención y prevención del consumo de sustancias, facilitaría el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, la dificultad para lograr diálogos y convenios concretos de colaboración con las autoridades locales impiden el desarrollo de estrategias que promuevan la participación y acción comunitaria a un nivel territorial local, que amplíe el alcance a distintos grupos de población (Paredes, Ródenas y Casseti, 2021).

Estos hechos, son atravesados a su vez, por las complejidades propias de los territorios fronterizos, donde se han documentado fenómenos migratorios que tienen a las instituciones

y organizaciones civiles saturadas, además de otros fenómenos sociales como la violencia social (Sumano, 2018). Esta compleja dinámica impide que se destinen acciones y presupuestos públicos para atender la salud de las poblaciones consumidoras en contextos de exclusión social.

Por otro lado, el componente de acción política se refiere a la voluntad política en pro de la disminución de las brechas que promuevan el trabajo hacia los grupos excluidos y destine mayores recursos para reducirlas (Málaga y Perdomo, 2001). Los esfuerzos de la organización para promover políticas y programas de salud enfocados en la reducción de daños, son limitados a nivel local por la dificultad de coordinar esfuerzos con autoridades municipales y la falta de mecanismos para dar seguimiento a los compromisos establecidos. La directora (2021) expresa que, aunque hay esfuerzos por promover la participación, no han logrado avanzar:

“se crean reuniones, se crean minutas que no cumplen, acuerdos que no se cumplen, o todo como muy por encimita, ‘claro vamos a apoyar’ sí, pero no vas a la acción, con comprometerte, no sirve de nada a las organizaciones”.

Al ser un tema que no despierta interés de la opinión pública, no representa pérdidas políticas, y no es impulsado para generar cambios en las políticas de drogas actuales. La falta de voluntad política y compromiso de las instituciones son una barrera para la creación de políticas que promuevan la salud de las poblaciones que consumen sustancias y que viven en contextos de exclusión. Esto revierte los esfuerzos de la organización por lograr acciones de colaboración, como la directora (2021) explica:

“también de repente somos [...] un poco renuentes a trabajar con ciertas instituciones o con ciertas personas porque creemos que es más importante estar y ofrecer estos servicios a la población, que estar buscando hacer incidencia [...] o

hacemos una cosa o hacemos la otra [...] intentamos siempre pensando desde [...] las necesidades, pero también intentamos que sea [...] una organización [...] que busca generar cambios en las personas”.

Es decir, los esfuerzos por poner la reducción de daños en la agenda pública, se relacionan con la capacidad operativa de la organización. Enfrentan la poca colaboración de las instituciones en la atención y acceso a servicios de salud, adaptando su capacidad a los requerimientos de los donantes, como la directora (2021) manifiesta:

“nosotros podemos querer hacer una cosa, pero cada proyecto te compromete a hacer cosas, o te piden que hagas las cosas de tal forma con cada donante [...] fue empezar a adaptarnos [...] a lo mejor este donante solo nos deja hacer esto o nos pide que hagamos tales cosas [...] entonces fue jugar un poco porque al principio solamente teníamos recursos para trabajar con adolescentes [...] pero seguían llegando mujeres usuarias [...] trabajadoras sexuales, mujeres trans, entonces teníamos que hacer, o sea finalmente ese recurso lo utilizábamos también”

Aunque el carácter comunitario de la organización le permite diseñar estrategias enfocadas en las necesidades de la población y su contexto. El testimonio de la directora expresa la tensión que puede ocurrir, al adaptar sus acciones con las agendas políticas de las organizaciones donatarias, estas pueden provenir de contextos nacionales o internacionales y mantener un enfoque en problemáticas prioritarias o ejes específicos de acción que pueden no ser acordes con los contextos locales. Si bien, el financiamiento es prioritario para lograr continuidad, se pone de manifiesto la necesidad de que los programas de promoción de la salud mantengan cierta autonomía en el enfoque comunitario de sus intervenciones.

Ospina-Escobar (2022) identifica el carácter instrumental del discurso de la reducción de daños en la intervención estatal, limitándolo a elementos funcionales como la distribución

de insumos, sin garantizar la sostenibilidad de sus intervenciones, lo que ha impedido fortalecer proyectos enfocados en la politización de PIDs, fortalecer sus redes sociales, favorecer su capacidad de acción colectiva o mejorar su participación en el mercado laboral o condiciones de vivienda. Aunque se mantienen esfuerzos por lograr la participación activa de la población en los procesos comunitarios, sus condiciones de vida han limitado el margen de su participación. Así refiere la directora (2021):

“esta población a la que atendemos está [...] en contextos bien complicados [...] cómo les pides [...] por ejemplo, hay un congreso [...] o sea, no tienen ni siquiera identificación... ¿cómo logras esas condiciones para que una persona [participe]?”

Si bien, se han trazado caminos para la acción intersectorial e incidencia política a nivel local, estatal y nacional, la característica principal de las intervenciones de reducción de daños es su carácter comunitario, que mantiene limitaciones dado el contexto, como se ha expresado a lo largo de este trabajo. La acción comunitaria implica que la población se organice y participe más activamente en la planificación de sus propios servicios (Kornbit y Mendes, 2004). Sin embargo, el contexto de exclusión social no puede ser separado de la población que ha condicionado su participación y organización en la atención de sus principales problemáticas, entre ellas el acceso a la salud.

Las mujeres participantes de este trabajo refirieron el estigma y rechazo de manera reiterada al intentar acceder a servicios públicos de salud, así lo relata una de las entrevistadas:

“No puedo ir ni a la Cruz Roja, ni a ninguna parte porque no sé ni lo que tengo. Yo sé muy bien que es por la causa de la droga [...] pero es que no te reciben bien, para empezar” (María, 40 años).

Según Pascual-Mollá y Pacual-Pastor (2017) los procesos de estigmatización moralizan de forma negativa los consumos que incurren en problemas de salud, pérdida de control o consumos problemáticos o dependientes, esto conlleva a su vez, marginación y rechazo social. Los autores explican que la falta de comprensión hacia las personas consumidoras, puede ocasionar auto-estigma o aislamiento, que genera sentimientos de vergüenza, internalización de estereotipos y prejuicios que reducen las posibilidades de buscar ayuda o adherirse a tratamientos de salud, tal como refiere la participante en el testimonio anterior.

En este sentido, se vuelve determinante considerar el estigma y/o auto-estigma en los procesos de promoción de la salud de poblaciones que consumen sustancias psicoactivas, que pondere el enfoque de derechos humanos y perspectiva de género. Es importante enmarcar este antecedente para observar/analizar la participación de la población en los procesos de promoción de la salud y reducción de daños. Desde este punto, se propone analizar el componente de acción comunitaria que, según Málaga y Perdomo (2001) incluye la participación social en la co-gestión de la salud cuyos actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definan prioridades, formulen propuestas y perspectivas de desarrollo de salud.

Es importante destacar que el contexto sociopolítico para la reducción de daños en la frontera norte desde las intervenciones de las organizaciones civiles, se contrapone a los procesos de desarrollo económico y políticas de drogas estigmatizadoras. Los esfuerzos de la organización por mantenerse en diversas líneas de acción comunitaria y política ven limitada su propia capacidad para propiciar la movilización de las comunidades. Así, la participación comunitaria requiere ser vista desde las condiciones micro y macro estructurales en las que se implementa la reducción de daños y las condiciones de vida de la población.

La participación comunitaria se entiende como “un proceso que comienza con la realización de actividades promovidas por otros, pero que progresivamente lleva a tomar parte en la capacitación, la difusión, la evaluación, el planteamiento y la toma de decisiones” (Kornblit y Mendes, 2004). En este sentido, la presencia de la organización como actor social comenzó desde su integración como PSI, la experiencia de trabajo con la población permitió tener conocimiento previo de la población, y en ese sentido, identificar necesidades y estrategias de intervención. Contar con mapeo sobre los lugares de encuentro de la población facilitó las intervenciones y el manejo de recursos, como fue la estrategia de distribución de insumos, así lo manifestó la directora (2021):

“hicimos un guardadito -vamos a estar entregando paquetes con tantas jeringas, mejor entregamos con menos y así garantizamos estarles dando más seguido-, y empezamos a hacerlo así”.

El trato continuo fue fundamental para identificar estrategias acordes a las necesidades de la población. El mapeo comunitario permitió ampliar el conocimiento de los lugares de alcance, en conjunto con las experiencias compartidas en otros contextos. Mantener diálogo con experiencias comunitarias de reducción de daños similares, dinamizó procesos para incorporar nuevas intervenciones. La directora expresa:

“La sala es una estrategia más de nuestro programa de reducción de daños. O sea, nosotros vimos que ya no es suficiente dar jeringas, ya no es suficiente hacer abordajes [...] qué más, qué más vamos a seguir haciendo...”

Esta estrategia, ha sentado un precedente en las intervenciones comunitarias de reducción de daños en el contexto latinoamericano, dado que estas experiencias se habían dado principalmente en países considerados del primero mundo. Abrió la posibilidad de indagar en el alcance con las poblaciones, aunque ha enfrentado dificultades, ha posibilitado

mantener el contacto comunitario con la población más afectada ante el desamparo del Estado. Ante ello, la organización ha reajustado sus acciones, como lo refiere la directora (2021):

“últimamente las dinámicas se están moviendo muy rápido. Y entonces fue La sala, y creo que un año antes ya teníamos naloxona, pero teníamos muy poquita, de repente nos empezó a llegar, cambiaron las dinámicas, empezó a haber fentanilo [...] y entonces vamos a ver cómo la vamos a distribuir...”

En este sentido, para promover la salud, hay que promover la participación comunitaria, según Arenas (2014) consiste en establecer condiciones fundamentales, entre ellas el conocimiento de la población, que incluye: las características ambientales, políticas y culturales; y, los saberes, prácticas y características de la comunidad. La particularidad de trabajar en contextos de exclusión social en el ámbito comunitario debe posibilitar cambios de narrativa, de manera que las PIDs sean consideradas agentes y no solo sujetos de intervención (Ospina-Escobar, 2022). La directora (2021) expresó que mantienen esfuerzos para incidir con la población en el reconocimiento de sus derechos:

“buscamos generar estos cambios en las poblaciones [...] cuando propiciamos, -pon la queja, vamos a poner la queja, pon la denuncia- como fortalecer sus habilidades para que ejerzan y exijan sus derechos”

El reconocimiento de los saberes de la población permite profundizar en sus condiciones de vida, y en ese sentido establecer las intervenciones. La directora (2021) explica:

“lo principal es que tengan acceso a los insumos, no puedes decir ‘no compartan sus jeringas, cuiden su salud’, si no les estas dando jeringas [...] yo por mucho tiempo decía ‘claro, si alguien sé que compartirá una jeringa... o sea, el discurso es uno y las intervenciones... pero la realidad es muy diferente [...] ellas y ellos mismos te lo

dicen 'sí sé y estoy informada, sé que no debo compartir jeringas' [...] pero si en un momento estoy bien malilla, y no hay, y solamente hay una jeringa, yo la voy a usar''.

La comprensión del contexto en el que las personas deciden cuidar su salud, posibilita promover prácticas de consumo más seguras, desde el respeto y reconocimiento de las personas como sujetas de derechos independientemente de si consumen o no. Esta cualidad de la reducción de daños tiene el potencial de generar relaciones de confianza con las y los promotores, combinado con su continuidad tienen el potencial de lograr la participación y movilización de la comunidad.

La reducción de daños posee aspectos críticos que, en conjunto con la promoción de la salud buscan movilizar a las comunidades. En este contexto, el acceso a servicios de salud y la garantía de acceso a insumos, son fundamentales para reducir riesgos y daños por el consumo. Centrar los esfuerzos en las personas y no en las sustancias, permite reconocer la dignidad y autonomía de las personas. Si bien, la reducción de daños se enfrenta a barreras legales y sociales, sus intervenciones deben basarse en evidencia, para garantizar mejores prácticas y mayor efectividad (HRI, 2021).

Durante el trabajo de campo se identificó que las principales estrategias para promover la participación comunitaria son la consejería, talleres o charlas sobre el uso de la naloxona, prácticas de inyección segura, primeros auxilios en la atención de sobredosis y demostraciones sobre el uso correcto del condón interno y externo; aunque como señala la directora (2021), hay actividades que es necesario reforzar en el trabajo cotidiano:

“todavía hay mucha gente 'ah, no conocíamos Verter', nos falta como hacer más trabajo comunitario, como más aquí [...] aquí a nivel local creo que nos falta posicionarnos un poco [...] lo hemos visto, por ejemplo, cuando hemos tenido

situaciones como cuando nos clausuraron [...] es importante trabajar a nivel comunitario”.

Por su parte, aunque la acción comunitaria exige que la población se organice y participe en la identificación de sus necesidades, dado el contexto social y político sobre el tema de las drogas, en conjunto con las complejidades que atraviesan las intervenciones de reducción de daños, esta participación se vuelve difusa y permeada por el estigma del consumo de drogas.

Kornblit y Mendes (2004) plantean que los procesos de participación deben incluir la intervención de la población en el diagnóstico y planteamiento de sus problemas de salud. Sin embargo, para lograr que la comunidad de personas consumidoras participe, deberían fortalecerse las intervenciones en los lugares de encuentro de la población, los abordajes cara a cara y darle la continuidad, recursos y tiempo necesario para propiciar su movilización. Desde la reducción de daños, se colocan a las personas al centro, para ser sujetas de derechos y propiciar que se involucren en sus propios procesos, en ambientes libre de estigma y discriminación. Intervenciones como “La Sala” pueden detonar procesos de construcción de ciudadanía, de manera que las personas se hagan conscientes de su condición de exclusión.

Sin embargo, aunque la evidencia empírica demuestra la capacidad de agencia de las mujeres y algunas se asumen como sujetas de derecho, no se ha logrado la movilización de las comunidades de personas consumidoras. Dada la condición de exclusión de las PIDs, se han construido la figura de un *otro* subalterno, que no ha sido contemplados en los procesos de construcción de ciudadanía, en conjunto con la falta de experiencias similares que limitan la posibilidad de introducir ejercicios de interlocución con el Estado u otros actores sociales para exigir sus derechos. Si bien la organización se enfrenta a sus propias limitaciones, el trabajo comunitario requiere de ejercicios críticos y de auto-observación, que permitan

cuestionamientos sobre el sentido y objetivo de las intervenciones, de manera que posibiliten diálogos para escuchar a la población y sus principales necesidades.

Los procesos de participación en promoción de la salud, deberán ir incorporando conocimientos necesarios para avanzar en el autocuidado y en la prevención de daños que, progresivamente lleve a la población a involucrarse en estos procesos y reconocer sus propias condiciones de vida (Kornblit y Mendes, 2004). Poner énfasis en la persona durante las intervenciones de reducción de daños, propicia mayor confianza, este aspecto tiene el potencial de promover la participación de la comunidad y de involucrarse directamente en sus principales problemáticas. Una de las entrevistadas expresa:

“será porque ya tengo mucha confianza, me siento a gusto [...] ya les puedo platicar abiertamente de cosas que hay” (Laura, 60 años).

En conjunto con lo anterior, se encuentra que el acceso continuo a servicios de reducción de daños permite, según una de las entrevistadas, ir adoptando prácticas para cuidar su salud y la de sus pares:

“voy por jeringas para tener y naloxona, oh ese es otro rollo, que desde que llegaron ellos con naloxona, y se ha salvado un chingo de gente, yo si no ya estuviera muerta, yo también me he doblado un chingo de veces, y por esa madre [refiriéndose al fentanilo]” (María, 40 años).

En el testimonio se aprecia que, la usuaria se apropió del nombre del medicamento para revertir las sobredosis y sabe utilizarlo, para ella o para sus pares. Al referir que va por insumos “para tener”, describe que busca prevenir una sobredosis. Esta forma de participación en la promoción de la salud, ocurre en el espacio privado y solo con sus pares, pero puede detonar la participación de otros integrantes de la comunidad de personas

consumidoras, y promover procesos para identificar sus principales problemas de salud y buscar resolverlos o atenderlos.

También promueve el sentido de agencia y de asumirse como sujetas de derechos que pueden incidir en su entorno inmediato y con sus pares, de manera que propicie el reconocimiento de su labor como líder o agente de cambio que reconozca sus saberes. Ospina-Escobar (2022) documentó sobre la necesidad de reconocer a los promotores pares como “personas expertas por experiencia”, de manera que se revaloren su posición y remuneración en las intervenciones y en los procesos de formación y profesionalización, que puedan facilitarles acceso a opciones laborales que contribuyan a garantizarles condiciones de vida dignas y sostenidas en el tiempo.

El componente de acción comunitaria es considerado el más importante en los procesos de promoción de la salud y debería incluir a los distintos actores sociales que lo componen, entendiéndose la comunidad, las instancias encargadas de políticas públicas y de promover la salud, así como organizaciones de la sociedad civil. Dado el carácter actual de la atención y prevención de consumo de sustancias, las organizaciones civiles de reducción de daños han enfatizado en visibilizar la condición de exclusión de las PIDs, limitando sus acciones de acuerdo con los recursos con los que cuenta.

Aunque son las organizaciones de la sociedad civil quienes han buscado posicionar la reducción de daños como alternativa a la guerra contra las drogas y la militarización, es necesario reforzar ese enfoque en el resto de las instituciones, incluyendo las de salud. Esto permite reflexionar en el carácter político de la promoción de la salud que, de acuerdo con Chapela (2007) no es políticamente neutral, dado que se sitúa en el campo de la cultura, por lo que es necesario profundizar en las diferencias de concepciones, significados, beneficiarios y fines de la promoción de la salud.

Autoatención y promoción de la salud

La promoción de la salud conjugada en la acción intersectorial, comunitaria y política busca promover la participación activa de la población, de modo que los individuos progresivamente formen parte de la toma de decisiones (Kornblit y Mendes, 2004). Si bien, todos los grupos generan formas específicas de atención y prevención para abatir, reducir o convivir con sus padecimientos (Menéndez, 2018), desde un enfoque cultural, se reconoce que el contexto, la percepción y definición de los riesgos en la atención o prevención y las normas grupales pueden determinar las decisiones de una persona para cuidar su salud (Kornblit y Mendes, 2004). Así, los procesos de atención y desatención en salud, son asociados a desigualdades sociales para atender las enfermedades y se concreta mediante procesos sociales en el que están inmersos los individuos, son detonadores que derivan en la atención o negligencia de padecimientos y su daño evitable (Hersch y Salamanca, 2022).

En el ámbito individual, la promoción de la salud promueve prácticas de autocuidado o de decisiones y acciones para que las personas actúen en beneficio de su propia salud (Kornblit y Mendes, 2004). Las intervenciones comunitarias de reducción de daños permiten crear diálogos sobre los riesgos y daños de las sustancias. Durante el tiempo de observación en 2021, la organización dividía sus esfuerzos entre la atención a las sobredosis y buscaban identificar qué pasaba con el fentanilo y su reciente incorporación en las calles de Mexicali. La cotidianidad en el centro comunitario, permitía a varios usuarios acudir regularmente, tener seguimiento e incidir directamente en la prevención de sobredosis.

Sin embargo, aunque a nivel individual, según Kornblit y Mendes (2004) la salud es una condición que no solo es resultado de prácticas adoptadas, sino que también se vincula

con el aumento de control sobre la propia vida. Para las mujeres entrevistadas, la marginación y exclusión a la que están expuestas actúan como limitantes en la adopción de prácticas de autocuidado y autoatención. La falta de acceso a servicios de salud y la desconfianza hacia las instituciones, las relega de los recursos necesarios para cuidar y atender su salud. El acceso a intervenciones de reducción de daños les permite identificar algunas de sus problemáticas de salud, y en esa medida, prevenir y/o atenderlas.

En este sentido, la posibilidad de modificar y adaptar prácticas de autoatención se relaciona con el acceso a servicios de salud, pero también en cómo incorporan distintos tipos de saberes en la atención de sus padecimientos. Según Menéndez (2018) la autoatención como primera actividad que las personas y sus grupos ejecutan respecto de sus padecimientos detectados, se relaciona con sus condiciones socioeconómicas y culturales, es decir, la autoatención como estructura incluye las formas de atención a las que una persona tiene acceso; y también, se encuentra en un proceso constante en relación con otras formas de atención, incluyendo la biomédica. Así, la accesibilidad a la naloxona, permite su incorporación en los saberes de la población para la atención de las sobredosis, facilitando su utilización y pronta respuesta en la atención de las mujeres y los grupos a los que pertenecen:

“me orientaron, si no te contesta entonces con el nudillo le haces en el pecho y si ya no reacciona a ese dolor [...] pues bien, sin pensar manda la naloxona” (Selina, 42 años).

La transferencia de saberes sobre la prevención de sobredosis, permite a las usuarias y sus pares, responder rápidamente dentro de sus espacios inmediatos e incluso con usuarios que no acuden al centro comunitario. La autoatención está en constante cambio y como se

documentó en este trabajo, los sujetos articulan procesos de atención de saberes biomédicos y de autoatención en sus vidas cotidianas a partir de los recursos con los que cuentan.

Por otro lado, otro ámbito de intervención de promoción de la salud es el colectivo que, corresponde a acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras con el objetivo de controlar sus problemas de salud, que de acuerdo con Kornblit y Mendes (2004) puede surgir en el contexto familiar, del vecindario o de un grupo de ayuda mutua. Este tipo de promoción de la salud se identifica entre las entrevistadas, con sus grupos de pares y con la organización como grupo de autoayuda; a través de sus pares encuentran redes de apoyo para atender padecimientos o dolencias producidas por el consumo, aunque reconocen que hay quienes pueden recibir apoyo familiar y recibir atención de curadores profesionales, otros solo cuentan con el apoyo que reciben de otros usuarios, así lo expresa una de las entrevistadas:

“hay muchos que tienen la manera, son de familia ¿me entiendes? Y pues les compran medicamento, pero los que no, los que andan en la calle pues... se les infectan [refiriéndose a la atención de abscesos] y vienen aquí o uno mismo le hace el paro al otro, les dan medicamentos o comprarle... si, somos medio unidos por ese lado la neta, no somos tan culeros” (Lorena, 59 años).

Si bien se ha encontrado que las redes de apoyo de las entrevistadas son escasas y se concentran principalmente entre sus pares, este apoyo está condicionado según los recursos disponibles, incluyendo el aspecto socioeconómico y los saberes disponibles. Kornblit y Mendes (2004) definen que el apoyo social, la red de relaciones y las normas son las que más influyen en la adopción de conductas de prevención de la salud; además explican que, en el trabajo comunitario, se privilegian intervenciones en los ámbitos propios de los sujetos, sin crear escenarios preventivos artificiales.

Por su parte, la organización como grupo de ayuda mutua tiene el potencial de influir en la forma de autoatención de las usuarias, las dinámicas de estos grupos consisten en generar espacios para que aquellas personas que comparten algún padecimiento se reúnan para comentar sus dificultades y las estrategias que utilizan para superarlas (Kornblit y Mendes, 2004). El espacio del centro comunitario, según una de las entrevistadas, es un lugar seguro donde pueden acceder a servicios de salud, así lo expresa:

“me sentía segura de cualquier cosa que me pasara, yo sabía que ellos me iban a ayudar, que no se iban a rendir [...] yo he mirado como ellos, hacen hasta el último, luchan hasta el último para que uno vuelva a respirar y miro en ellos su preocupación [...] porque ellos no están recibiendo nada de nosotros, más que un gracias y un agradecimiento sincero, porque se preocupan, ya ni la familia se preocupa [...] se nota el fraternismo” (María, 40 años).

De acuerdo con Haro (2000) las formas de autoayuda son un complemento necesario que cubre necesidades psicosociales cuando no son amparadas por la familia o redes sociales informales. Como explica la entrevistada, el espacio del centro comunitario representa un lugar seguro en un medio con pocas redes de apoyo, y también ofrece la posibilidad de articular saberes en la atención de los padecimientos; dando paso a que distintas fuerzas sociales operen en el proceso de relación entre las distintas formas de atención (Menéndez, 2003).

Según Menéndez (2003) el aspecto relacional de la autoatención con distintas formas de atención da pie para que los sujetos aprendan, modifiquen y resignifiquen sus prácticas, propone la inclusión protagónica de los sujetos y grupos a través de la autoatención, de manera articulada con los servicios biomédicos, y que incluya la responsabilidad del Estado, con el objetivo de reforzar la capacidad humana y autonomía de dichos grupos. El

reconocimiento de los saberes que expresan las MID y la adopción de prácticas de autoatención al estar en contacto con estrategias de reducción de daños, denotan la articulación entre los saberes biomédicos y de autoatención. Aunque el gran ausente es el Estado, reflejan capacidad para decidir sobre sus vidas y resignificar sus prácticas para cuidar su salud.

El último ámbito de promoción de la salud, según Kornblit y Mendes (2004) es la generación de entornos saludables, es decir crear condiciones que ayuden a conservar y también a aumentar la salud de las personas. Si bien, se ha enfatizado en las dificultades para la acción política e intersectorial, este ámbito de intervención supone que existan políticas y prácticas que proporcionen a las personas un medio saludable para vivir. Este ámbito de intervención está sujeto al contexto de exclusión, que permea en la vida de las mujeres y en la misma operacionalización de la organización.

En conjunto, la promoción de la salud puede promover la adopción de prácticas de autoatención y autocuidado con poblaciones en exclusión social. A nivel individual, proporciona herramientas para reconocer el origen de los padecimientos que, en su articulación pueden impactar a los grupos más cercanos a nivel colectivo. Desde una mirada de género, la preocupación que muestran las mujeres hacia sus pares, las coloca como agentes potenciales para promover la salud entre ellas y sus redes de apoyo. Aunque es innegable el peso del contexto en estos procesos, la apuesta de la reducción de daños es política, al priorizar cambios positivos en la vida de las personas y desafiar todo un sistema de creencias arraigado en la prohibición, para apostar por políticas de drogas más humanas y acordes a las realidades de las personas. Demostrando que la reducción de daños como estrategia de promoción de la salud, puede actuar en ámbitos más amplios, incluidos los aspectos individuales y colectivos.

¿Es la reducción de daños una forma de promoción de la salud emancipatoria?

De acuerdo con Sira y Gásperi (2017) la propuesta de promoción de la salud emancipatoria, parte de comprender el carácter polisémico de la promoción de la salud y que la salud está sujeta a determinaciones complejas, dinámicas, dialécticas e históricas, que requiere de la capacidad de entender las posibilidades y proyectos de las personas y de tener una visión crítica de la realidad. Pone al frente la importancia de la transdisciplina para lograr promover la salud de las personas y las comunidades, se reconoce como un campo del saber en construcción y se propone un modelo crítico, reflexivo y ético para comprender la salud como una capacidad humana corporeizada de diseñar y decidir futuros viables.

Estos mismos autores, señalan que la salud y su promoción considera el aspecto social como algo más que contexto externo al individuo, toma en cuenta que la salud es la capacidad integral que tienen los sujetos, y se relaciona con elementos biológicos, sociales, éticos, culturales, psicológicos, políticos, económicos, históricos, estéticos y afectivos, buscando un entendimiento individual y colectivo de las enfermedades (Sira y Gásperi, 2017).

Por su parte, Chapela (2019) propone discutir las dimensiones ocultas de poder inmensas en la salud y sus problemas, a través de dos dimensiones fundamentales en el ser humano: la biológica y el mundo simbólico, donde se entrecruzan las subjetividades y toma de decisiones. Un aspecto importante de esta propuesta es que reconoce que el cuerpo está atravesado por símbolos y significados adquiridos a lo largo de la vida de los sujetos. En el caso de las MID, su condición se relaciona directamente con el estigma asociado a la práctica de inyección, según Hersch y Salamanca (2022) la desatención en sus distintos niveles y alcances, constituye un espacio crítico para incidir en la evitabilidad del daño.

En este sentido, Sira y Gásperi (2017) señalan que el/la promotor/a de salud “trabaja para la construcción de unidades operativas, facilitando la autoconstrucción del sujeto de manera consciente y por ende la elevación de los niveles de salud, tomando en cuenta las relaciones de poder en la sociedad y entre los grupos sociales” (p. 7). De manera sucinta, en este apartado, se propone poner en discusión algunos elementos de la promoción de la salud emancipatoria, en conjunto con algunos elementos críticos de la reducción de daños.

Como se ha expuesto a lo largo de este trabajo, la reducción de daños como paradigma opuesto a la prohibición, propone que el sujeto tiene la capacidad de decidir sobre su consumo, para ello se deben reconocer y atenuar las condiciones estructurales que vulneran a las personas que consumen sustancias. Como estrategia de intervención comunitaria, busca promover en los sujetos su capacidad de autonomía y reconocimiento de sus derechos fundamentales, ofreciendo alternativas frente a los enfoques que buscan prevenir o terminar con el consumo de sustancias.

Al partir de que las personas, en su capacidad de agencia, tienen derecho a ejercer el libre desarrollo de la personalidad y el placer, también tienen la posibilidad de administrar sus consumos. Sin embargo, admite que el prohibicionismo ha creado discursos negativos sobre las personas consumidoras, que se exacerban cuando se trata de sustancias ilegalizadas, como ha sido la práctica de inyección. En el caso de las personas que se inyectan drogas, las marcas de la jeringa sobre sus cuerpos, se ve representada a través de significados sociales, traducidos en estigma y exclusión. Una de las entrevistadas explica su percepción al identificar actos de rechazo y exclusión por su condición de vida:

“No nos miren como si fuéramos basura, no somos basura, somos humanos también, tenemos sentimientos, lo que pasa es que mucha gente no sabe por lo que hemos pasado, no lo estoy poniendo como excusa [...] que se pongan en los zapatos cuando

uno está en un contenedor, sacando comida porque no tiene que comer, porque tiene problemas, porque no tiene trabajo, por lo que sea, por lo que sea. Pero que se pueda pensar un ratito nada más, un pinche minuto no les cuesta, lo que nosotros hemos pasado” (Andrea, 55 años).

El testimonio de la entrevistada, da cuenta del carácter social que adquiere la salud cuando se trata de grupos socialmente excluidos, así como la vivencia corporizada del estigma resignificando las subjetividades, que se resisten, como en el caso de Andrea, a ser tratada como “basura”. En palabras de Sira y Gásperi (2017) “un sujeto sujetado desde afuera de él mismo, es pasivo, con influencia limitada sobre los mundos prácticos y simbólicos y por lo tanto con limitaciones importantes” (p. 10), sin embargo, puede construir conocimiento nuevo y campos de opinión en un mundo práctico. Pero entonces, ¿Cómo puede la reducción de daños hablar de sujetos saludables?

Aunque la pregunta anterior requiere poner distintos elementos en discusión, se toma en cuenta que la reducción de daños “ha permitido posicionar a las PID como agentes clave en sus comunidades y ha resignificado su lugar dentro de las intervenciones y las organizaciones” (Ospina-Escobar, 2022, p. 276). Partiendo de modificar ideas preconcebidas sobre el consumo, que es fundamental en la implementación de estrategias que incidan en la forma como las personas enferman o son atendidas. La trabajadora social (2021) explica su percepción sobre el consumo de sustancias:

“la droga va a seguir estando, va seguir existiendo, es parte de la vida, es parte de toda, todas las drogas vienen de los ancestros, o sea es parte del mundo [...] pertenecemos a todo eso, algunos lo hacen con precaución, otros lo hacen por la diversión [...] y otros ya no se pueden salir de ahí, ya es difícil, pero porque no todos

estamos predispuestos a quedarnos con las drogas. Las podemos consumir todas [...] pero hay gente que una sola vez ya está enganchada, depende de muchos factores”.

Esta mirada, reconoce que las personas tienen distintas formas de consumir y están sujetas a factores externos que pueden atenuar o acentuar su condición. Admitir que el consumo ocurre en distintos niveles y tipos, desentraña la idea de que una persona que consume sustancias inyectables está enferma, y se centra en diseñar estrategias basadas en evidencia y que contribuyan en la reapropiación de los derechos de las personas. Centrar esfuerzos en prevenir el estigma, parte desde la utilización de un lenguaje que evite colocar a las personas en el binario de “buenas” o “malas”.

Caravaca (2022) señala que la reducción de daños concibe al sujeto como portador de una capacidad para desarrollarse, a través del respeto y en un ambiente libre de juicios. Una de las entrevistadas, refiere su percepción sobre el trabajo de reducción de daños:

“han luchado para que nuestros derechos se lleguen a mirar [...] porque antes, desde el gobierno hasta el servicio médico, no te atendían como debe ser, te discriminaba mucho la gente [...] porque tienen un concepto de nosotros mal [...] equivocado [...] no todas las personas queremos vivir así. Este simplemente es un estilo de vida que tenemos que estar llevando ¿Por qué? Porque nuestro cuerpo lo necesita, nada más”
(María, 40 años).

Una característica de la entrevistada, es que tiene algunos años acudiendo a la organización. Su testimonio, puede dar cuenta de que hace consciente su condición como usuaria de sustancias “*porque nuestro cuerpo lo necesita*”, lo que implica un proceso de apropiación y reconocimiento de su cuerpo, sus necesidades y de lo que, en sus condiciones de vida, puede hacer y decidir sobre su estilo de vida. El testimonio indica cómo la práctica del consumo les etiqueta socialmente e invisibiliza su reconocimiento de personas, lo cual se traduce en el

trato discriminatorio y estigmatizante que recibe la población usuaria en los servicios gubernamentales.

María expone una mirada crítica hacia las instituciones que niegan servicios a las personas consumidoras, lo que puede llevarla a reconocerse como una persona sujeta de derechos, elemento inicial de una promoción de la salud emancipadora, que de acuerdo a Sira y Gásperi (2017) desde esta perspectiva, el sujeto se autoconfigura responsablemente cuando tiene la oportunidad de descubrirse y conquistarse reflexivamente como sujeto de su propio destino histórico. En este sentido, la reducción de daños busca reconstruir discursos sobre las personas que consumen sustancias, y entiende que las condiciones estructurales pueden superar la posibilidad de las personas de apropiarse de sus derechos.

La propuesta de reducción de daños de espectro completo, pone en consideración el consumo de varias sustancias, no solo las inyectables, que aborde las violencias, desigualdades, falta de oportunidades y discriminación sobre las personas que consumen sustancias, es decir, las condiciones estructurales que atraviesan sus vidas (Metzineres, 2024). Y que tome en cuenta la condición de raza, género, identidad de género, orientación sexual y condición socioeconómica. El reconocimiento de la reducción de daños por parte de la CND como respuesta eficaz en salud pública (ONUSIDA, 2024) pone de manifiesto su potencia para incidir desde otra perspectiva a la atención de consumos problemáticos.

Para finalizar, es importante llevar la discusión sobre la promoción de la salud y derechos a la arena pública, sus alcances y limitaciones en un contexto político y de frontera como ocurre en México, cimbrado por la violencia social generalizada, que afecta a la población consumidora en general, y específicamente a ciertos grupos como las mujeres, como se ha documentado en este trabajo. Posicionar la discusión académica y política de derechos entre población usuaria de sustancias psicoactivas, es un inicio para pensar en una

promoción de la salud emancipadora en una población a quien se le ha negado el derecho a tener derechos.

Conclusiones

*Un derecho no es algo
que alguien te da,
es algo que nadie
te puede quitar.*

Ramsey Clark

Este trabajo tuvo como objetivo analizar la relación entre las intervenciones de reducción de daños y las prácticas de autoatención de mujeres que se inyectan drogas, desde una mirada de promoción de la salud, en el trabajo comunitario de “Integración social Verter, AC” ubicada en Mexicali, Baja California. Para lograr este objetivo, el desarrollo teórico-metodológico se propuso documentar los procesos comunitarios en las intervenciones, las características del contexto y de las mujeres. En este proceso, emergió la necesidad de posicionamiento desde un *lugar de enunciación*, que ponga en el centro las voces de las mujeres, su capacidad de agencia y estrategias para sobrevivir en ambientes de exclusión social, de manera que contribuya a su reconocimiento como personas sujetas de derechos.

Desarrollar este trabajo ha permitido observar distintas realidades: desde la labor de la organización en el contexto fronterizo; las condiciones de marginación hacia la población y la adopción de prácticas para cuidar su salud. Esto implicó un cuestionamiento constante y re-posicionamiento sobre temas como la prohibición de las sustancias, el consumo diferenciado entre sustancias legales e ilegales, hasta la ética y subjetividad en la investigación social al trabajar con grupos subalternos. Estos aspectos están presentes en todo el proceso de investigación, desde el planteamiento de las preguntas de investigación, el trabajo de campo, el proceso de codificación, hasta el análisis e interpretación de “esas distintas realidades”.

Las ciencias sociales tienen el dilema de ser parte del mundo que estudiamos (Burawoy, 2018), es decir, la persona que investiga forma parte del mundo que estudia, al profundizar en la interpretación de esas realidades, debe ser capaz de confrontar sus propios prejuicios y opiniones preconcebidas. En el caso de los temas relacionados a drogas, tienen un peso importante debido al estigma y los discursos asociados al modelo médico y jurídico, que ha legitimado formas de intervención y atención que invisibilizan a la población. El proceso de investigación en el trabajo con estas poblaciones, ha implicado asumir un *lugar de enunciación* que reconozca las circunstancias que atraviesan la vida de las mujeres y la posición de la persona que investiga. De ahí que la discusión sobre la ética en la investigación social requiera un proceso constante de reflexión, sobre todo cuando se trabaja con poblaciones en condiciones de exclusión social.

Por otro lado, las herramientas metodológicas utilizadas tuvieron el propósito de lograr un acercamiento a la realidad de las personas en su contexto. Los temas que emergieron durante el proceso de investigación, como la gentrificación y desplazamiento de la población habitante de la zona centro de Mexicali y su relación con las dificultades para acceder a servicios públicos de salud, permitieron observar procesos estructurales relacionados con políticas económicas y migratorias, que impactan a nivel individual y colectivo a las mujeres y el funcionamiento de la organización.

El marco teórico propuesto bajo el paraguas de promoción de la salud, buscó centrar la atención en los aspectos críticos de la reducción de daños desde el ámbito comunitario, que permitiera analizar las prácticas que fortalecen a las comunidades, a nivel individual y colectivo, mismas que contribuyen a construir nuevas narrativas sobre las personas y sus consumos. Aunque este trabajo no es una evaluación del programa, durante el proceso se observó la necesidad de generar mecanismos que transparenten los objetivos de las

intervenciones, y los actores sociales que intervienen, con el fin último de implementar programas acordes a las necesidades de la población, sus realidades y el respeto a sus derechos.

Aunque Baja California es de los estados con mayor consumo de opioides, solo se ubican dos organizaciones de reducción de daños, Verter en Mexicali y Prevencasa en Tijuana, de ahí que la labor de ambas sea importante visibilizar. Esta situación refleja el poco interés de las autoridades por generar nuevas perspectivas de intervención. En el caso de Mexicali, la poca articulación con autoridades locales refleja el interés de estos últimos por priorizar después de la pandemia, proyectos de inversión que favorecen la economía y turismo local, pero que debilita la atención a las poblaciones que viven en la zona. Sumado a las propias dificultades de sostenimiento de la organización, las intervenciones comunitarias disminuyen y hay poca participación, dejando a la población en abandono y con pocas herramientas para resolver sus problemas de salud.

Por otro lado, en términos operativos, una dificultad para las organizaciones civiles de base comunitaria son las limitaciones para otorgar prestaciones laborales y contratar personal para cada una de sus áreas, la distribución de responsabilidades puede llegar a concentrarse en pocas personas, lo que puede contribuir en la saturación de actividades y el *burn out* de los colaboradores. Los contextos de inseguridad jurídica impiden el fortalecimiento de estas iniciativas (Guerra y Zwitser, 2022) que las relega y limita su capacidad de acción, tanto de manera externa como interna.

La falta de legitimidad de las intervenciones de reducción de daños, afecta en distintas áreas, entre ellas las acciones intersectoriales. Desde el enfoque de la promoción de la salud y la identificación de recursos, se observan áreas de oportunidad que pueden ser fortalecidas como la posibilidad de articulación con universidades locales para incorporar estudiantes a

prácticas profesionales o servicio social en disciplinas como psicología, trabajo social, enfermería, medicina e incluso veterinaria y otras áreas afines, visibilizando y sensibilizando sobre la reducción de daños en los espacios y programas educativos. Las acciones comunitarias son fortalecidas desde el acompañamiento, que posibilita el acceso a servicios de salud, tratamiento y trato digno. Al estar capacitados y sensibilizados en el tema de drogas desde la reducción de daños, muestran potencial para incidir en los cambios en prácticas de consumo de las y los usuarios.

Las brechas de desigualdad entre las personas, la comunidad y las instituciones, crea escenarios que resultan desafiantes para recuperar y fortalecer la presencia de agentes comunitarios en la promoción de la salud (Rodríguez, 2021). La persistencia de acciones enfocadas en la prohibición de las sustancias, dificulta la capacidad de acción para promover la salud con PIDs. En el caso de las mujeres entrevistadas, mantienen una condición de subalternidad e invisibilización, actos como la limpieza social, dejan al descubierto el estigma y rechazo sistemático hacia las mujeres y personas consumidoras. Esto también se expresa en la ausencia de políticas sociales y de salud para atender a MID, lo cual evidencia que el estigma ejerce un papel “invisible”, al normalizar la exclusión y rechazo hacia esta población.

La promoción de la salud, parte de cómo se entiende el proceso de salud-enfermedad (Rodríguez, 2021). Las acciones comunitarias de promoción de la salud desde la reducción de daños, han visibilizado los cambios en la salud de las PID y priorizado sus principales necesidades. Partir de que la persona y sus circunstancias están en el centro y no en las sustancias que consume, aporta para comprender cómo se dan estos procesos de salud-enfermedad. Teniendo en cuenta que se ha construido un estereotipo homogéneo de las PID, que borra elementos fundamentales como el género, la edad, las características particulares

de los mercados locales de drogas, las dinámicas del crimen organizado a nivel local y las formas como se organiza la sociedad civil para proveer servicios de salud (Ospina-Escobar, 2022).

La cercanía con las PIDs en sus lugares de encuentro, permite identificar prácticas de autoatención y autocuidado, mismas que generan formas específicas de atención y prevención (Menéndez, 2020). Estas se relacionan con las condiciones estructurales que posibilitan ciertas prácticas entre las mujeres entrevistadas, los temas emergentes como la gentrificación y desplazamiento, se hacen presentes en los procesos de salud-enfermedad, pues constituyen factores que impiden que la población acceda a los servicios de salud del centro comunitario.

Otro elemento importante, son las redes de apoyo, que son clave en la forma como ocurre la autoatención. Las redes de apoyo de las mujeres se componen principalmente de sus pares, y contribuyen cubriendo necesidades básicas como alimentación, tener un lugar “seguro” para dormir o recibir atención en caso de sobredosis, o alguna otra dolencia o padecimiento. Así también, en la organización como grupo de ayuda mutua, facilita el acceso a servicios, permitiendo la adopción de prácticas más seguras de consumo. Estas prácticas visibilizan su capacidad y preocupación por cuidar su salud, aun cuando los discursos médicos y jurídicos les restan esa capacidad (Markez, 1997).

Ante la aparición del fentanilo, las mujeres han reconfigurado sus prácticas de cuidado, ya que han aparecido nuevas dolencias derivadas de su consumo. Para esto se han apoyado con sus pares en la atención de estos padecimientos como la curación de abscesos o la atención de sobredosis. Esto concuerda con Menéndez (2009) al documentar que las mujeres se encargan de atender los procesos de s/e/a-p dentro de sus grupos inmediatos. Los saberes con los que cuenta la población para atender sus padecimientos interactúan entre

saberes tradicionales y los provenientes desde el modelo médico, que adaptan de acuerdo con los recursos disponibles.

Por otro lado, aunque las entrevistadas manifiestan rechazo a las nociones de feminidad y en sus redes de apoyo son escasas las mujeres, se puede hipotetizar que fortalecer redes de mujeres posibilitaría la dinamización de procesos de autoatención entre los grupos de MID y sus pares. Además, contribuiría a reforzar las intervenciones con mujeres, que según se ha documentado han sido focalizadas hacia hombres principalmente (Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera, 2013). Los cambios desde la incorporación del fentanilo en las prácticas de consumo y los efectos en la salud de PIDs, han modificado prácticas de autoatención, sin embargo, es importante generar evidencia sobre cómo se han dado estos cambios, sus efectos sociales, en el consumo y en la salud, y si hay diferencias entre hombres y mujeres y en qué consisten, para ello es importante utilizar la perspectiva de género.

En cuanto al género, los atributos asociados a la feminidad como preocuparse por los otros, han sido elementos importantes en la atención y cuidado de padecimientos, reproduciendo en el imaginario social que la tarea de cuidados es un asunto de mujeres (Centro de Estudios Espinosa Yglesias [CEEY], 2022). De igual forma, mantener una apariencia de limpieza e higiene funcionan como mecanismo de cuidado frente a los riesgos del contexto y la discriminación que viven en el espacio público. La adopción de conductas masculinizadas que algunas de las mujeres manifiestan, parecen formar parte de la socialización para adaptarse al mundo masculinizado del consumo de sustancias.

Por otro lado, un aspecto presente en la vida de todas las entrevistadas es la violencia a la que están expuestas diariamente. Ospina-Escobar (2020) documenta violencia sexual y reproductiva hacia MID durante su trayectoria de vida, en este trabajo emerge esta forma de violencia hacia las mujeres participantes, lo que permite afirmar que estos procesos de

violencia siguen operando como un castigo por no adaptarse al rol de “buenas mujeres”. Un ejemplo de ello es la negación del ejercicio de su maternidad por el hecho de ser consumidoras de sustancias. La similitud en las violencias que han vivido las mujeres documentadas en Ciudad Juárez por Ospina-Escobar (2020) y en Mexicali, aunque corresponde a un grupo pequeño, permite dimensionar que esta violencia se reproduce y opera de manera sistemática y estructural.

Algunas de las limitaciones de este trabajo se relacionan con los lugares donde se hicieron las entrevistas, esto muestra la dificultad para acceder a las poblaciones y los efectos del estigma en sus vidas, que les obliga a ocultarse o permanecer al margen; otra limitación del estudio es que se concentró en mujeres adheridas a programas de reducción de daños, por lo que es importante profundizar en cómo atienden sus padecimientos las mujeres que no cuentan con acceso a estos servicios. En el momento de la investigación no se detectaron otras acciones de intervención con estas poblaciones, a excepción de algunos con enfoque asistencial que otorga alimentos, ropa o cobijas en invierno.

En conjunto, las estrategias de reducción de daños con énfasis comunitario priorizan el derecho a la salud de todas las personas. Aunque hay programas de promoción de la salud que llegan a la comunidad a atender un problema específico, desde la perspectiva de reducción de daños se parte de reconocer que las condiciones de las personas deben estar al frente de la discusión y las intervenciones deben responder a la atención de esas condiciones. Propuestas como la reducción de daños de espectro complejo que incluya el consumo de otras sustancias, además de las inyectables, responde a los cambios en las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas.

En países como Estados Unidos y Canadá, realizan intervenciones para el consumo de metanfetamina, también organizaciones como Sonoran Prevention Works en Phoenix AZ,

entregan insumos para el consumo de la pastilla M30, esta práctica permite identificar los impactos del consumo de fentanilo en la población. Promueve la salud a través de acciones que, combinado con factores contextuales, favorecen resultados positivos en la salud de las personas. La propuesta de reducción de daños de espectro completo, posibilitaría la intervención en el uso de otras sustancias en entornos con consumos problemáticos, y podría ser una respuesta de atención ante problemas como el aumento de consumo del llamado Cristal, en México.

Por otro lado, en la dinámica fronteriza entre México y EEUU, es común el intercambio entre organizaciones de ambos países, dado EEUU atraviesa una seria crisis de sobredosis por consumo de opioides, ha concentrado esfuerzos para implementar políticas y programas que respondan a lo que han llamado, epidemia por consumo de opioides. Por un lado, esta interacción entre ambos países, facilita la donación de insumos y compartir experiencias de intervención que favorecen la salud de las personas. Pero también, deja al descubierto las desventajas con las que operan las organizaciones en el contexto fronterizo, ante la ausencia de políticas de reducción de daños y el desvanecimiento del Estado como garante de los derechos fundamentales de las PID (Ospina-Escobar, 2022).

Si bien, estos programas se caracterizan por operar desde lo local y tener profundo conocimiento del territorio, mantienen dificultad para legitimar su trabajo. Así como, de implementar políticas públicas que incluyan planes de largo alcance, aparatos normativos que garanticen su trabajo, determinen presupuestos e incluyan la responsabilidad de los distintos actores sociales. La crisis de financiamiento en México para organizaciones civiles impide ejercer proyectos que politicen a las PIDs como sujetos de derechos, en cambio, los financiamientos se han concentrado en distribuir insumos, pero no en generar condiciones que garanticen la sostenibilidad de las intervenciones (Ospina-Escobar, 2022). Esta situación,

tal como se documentó en esta investigación, limita las acciones y participación de las comunidades.

Por otro lado, en términos de promoción de la salud, la reducción de daños contribuye a complejizar lo que entendemos como comunitario, al poner en el centro a las personas y reconocer sus circunstancias, para operar en función de sus necesidades. Mantener como posicionamiento político el reconocimiento de que las personas que consumen sustancias psicoactivas son sujetas de derechos, les otorga a las personas y sus comunidades capacidad de agencia y autonomía.

La propuesta de promoción de la salud emancipadora complejiza la noción de salud y cuestiona las estructuras de poder que limitan su acceso, de ahí el cuestionamiento sobre el potencial emancipatorio sobre la reducción de daños en el ámbito comunitario. Esta interrogante implicaría otro estudio, sin embargo, algunos de resultados de esta investigación, dan pie a estas reflexiones. Uno de ellos es el reconocimiento de que el enfoque de salud, identifica el carácter social del consumo de sustancias, así como las implicaciones del estigma en la salud de las personas consumidoras, donde el “cuerpo es una unidad material y subjetiva, [y] también incorpora el mundo social” (Chapela, 2019, p. 12).

Así, la promoción de la salud emancipadora, apuesta por una promoción de la salud que propicie el ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas individuales y colectivas, generando cambios en las inscripciones y trayectorias de los cuerpos (Chapela, 2019). Asimismo, la reducción de daños busca el reconocimiento de los derechos de las personas que consumen sustancias psicoactivas, reivindicando su lugar en el mundo. Aunque dadas las condiciones estructurales, la generación de procesos de emancipación, requeriría la movilización de distintos actores sociales y la voluntad política para hacerlo.

El avance en la agenda política de la reducción de daños se extiende hasta lo internacional con la resolución histórica de la CND en 2024, aunque al mismo tiempo se habla de una crisis de financiamientos, este hecho sirve de antecedente impulsar la discusión en México, tal como está ocurriendo en otros países latinoamericanos como Colombia. El énfasis comunitario de la reducción de daños ha logrado construir lazos con la población, acercar servicios de salud a la población como estrategia para atender las inequidades en salud que persisten en contextos de exclusión social, y “darles a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud”, como establece la Carta de Ottawa (OMS, 1986).

El trabajo con personas que consumen sustancias significa atravesar barreras construidas y legitimadas a través de discursos de exclusión, desafiando un sistema que se niega a aceptar que todas las personas son sujetas de derechos, que deja relegado lo comunitario, y omite su potencial transformador. Este trabajo busca aportar evidencia sobre la urgencia de intervenir desde lo comunitario como apuesta política para fortalecer a las comunidades desde su base. También pretende aportar en la discusión sobre la diversificación de enfoques de promoción de la salud con distintos grupos de población, y especialmente sobre grupos excluidos. La característica principal de las intervenciones de promoción de la salud en el contexto latinoamericano es el peso de las condiciones estructurales, así como el análisis desde miradas decoloniales y emancipadoras. Estas son líneas de investigación futuras que requieren análisis específicos y pertinentes con las realidades actuales.

Algunas recomendaciones de política pública se enfocan en la necesidad de fortalecer acuerdos de colaboración entre instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil, que garanticen la continuidad de las intervenciones y otorguen certidumbre a estas últimas, a fin de, reconocer su labor y legitimar su presencia como agentes con potencial de generar cambios desde las bases de la sociedad. Otra recomendación que surge de las necesidades de

la población, es proveer de otros servicios de salud, en concordancia con el fortalecimiento de redes interinstitucionales, a fin de garantizar el acceso a salud sexual y reproductiva, detección y atención de enfermedades crónicas, con el fin de ampliar la cobertura de servicios de salud dirigidas a las MID.

Por otro lado, si bien hay una disputa histórica entre los activismos y la academia, una cualidad de la reducción de daños es que estos dos mundos necesitan uno del otro para mantener impulso. La reducción de daños requiere de evidencia científica para validar sus intervenciones, y los activismos mantienen una mirada crítica de estas intervenciones. La inquietud de este trabajo surge desde el activismo, pero decir que este papel no es estático, implicó trabajar entre las líneas del activismo y la academia, en un continuo y constructivo diálogo. Este trabajo busca aportar desde los estudios socioculturales en salud, en nuevas narrativas hacia las personas que consumen sustancias y profundizar en cómo cuidan su salud en contextos de estigmatización social. Asimismo, en la promoción de la salud, un campo en disputa que se fortalece desde el ámbito comunitario y con experiencias en contextos específicos.

Referencias bibliográficas

- Alborch, C (2011). *Malas: rivalidad y complicidad entre mujeres*. Valencia: Editor Aguilar.
- Alloatti, M. (2014). *Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales*. IV Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, Costa Rica. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf
- Almanza, A., Gómez, A., y Chapa, A. (2021). Sentimiento de inseguridad ante la delincuencia en estudiantes de secundaria. *Psicología, conocimiento y sociedad* 11(2), p. 7-32.
- Álvarez, R. y Barcos, I. (2015). Estrategia metodológica para la formación de promotores comunitarios de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 31(2), p. 190-195.
- Álvarez, G. (16 de octubre de 2019). La reducción de riesgos y daños en México, una tarea pendiente. *Animal Político* Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/seguridad-justicia-y-paz/la-reduccion-de-riesgos-y-danos-en-mexico-una-tarea-pendiente/>
- Ameigeiras, A. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En I. Vasilachis (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 107-149). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Amnistía Internacional. (2018). México: el plan del nuevo gobierno debe enfocarse en retirar las fuerzas armadas de funciones de seguridad pública. Recuperado de: <https://www.amnesty.org/es/latest/press-release/2018/11/mexico-el-plan-del-nuevo-gobierno-debe-enfocarse-en-retirar-las-fuerzas-armadas-de-funciones-de-seguridad-publica/>
- Apud, I. y Romaní O. (2016). La encrucijada de la adicción, distintos modelos en el estudio de drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), p. 115-125.
- Arenas, M. (23 de septiembre de 2014). Promoción de la salud en el contexto comunitario [video]. YouTube https://www.youtube.com/watch?v=d-LZgwzpP5U&list=WL&index=11&t=1293s&ab_channel=Cicludevideoconferenciasinteractivas2014
- Asociación para los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo (AWID). (2019). Los movimientos feministas y las mujeres que resisten a la guerra contra las drogas: documentación de un proceso de aprendizaje, apoyo a un movimiento y compromiso de AWID (2018-2019). AWID. 20-09-2023. Recuperado de <https://www.awid.org/sites/default/files/2022-01/WUD%20Report%20-%20Spanish%20-%20Finalsmall.pdf>

- Atuesta, L. (2014). La política de drogas en México: análisis y resultados de una política prohibicionista. Aguascalientes: Programa de políticas de drogas.
- Barrios, S. y Paravic, T. (2006). Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 14(1), p. 136-141.
- Bedoya, M. (2016). La lucha contra las drogas: fracaso de una guerra, comiendo de una nueva política. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), p. 237-254.
- Beltrán, M. (2009). Empoderamiento y promoción de la salud. *Red de salud*, 14, p. 20-31.
- Beltrán, D. & Iñiguez, L. (2021). Drogas y exclusion social: análisis crítico de la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones. *Raled* 21(2), p. 184-200.
- Bergman, M. (2016) *Drogas, narcotráfico y poder en América Latina*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Blanco, J., y López O. (2007). Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re)construcción. En E. Jarillo y E. Guinsberg (coords.), *Temas y desafíos en salud colectiva* (pp. 103-126). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Blásquez, L. (2016). La etnografía: una aproximación metodológica para la comprensión de los procesos sociales. En R. Guereca (coord.), *Guía para la investigación cualitativa: etnografía, estudio de caso e historia de vida* (pp. 45-68). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Bórquez, A., Abramovitz, D., Cepeda, J., Rangel, G., González-Zúñiga, P., Martin, N., Magis-Rodríguez, C., Strathdee, S. (2019). Syringe sharing among people who inject drugs in Tijuana: before and after the Global Fund. *Salud Mental* 42(4) p. 149-156.
- Bosque, M., y Brugal, M. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gac Sanit* 30(S1), p. 99-105.
- Briceño-León, R. (2007). Violencia urbana en América Latina: un modelo sociológico de explicación. *Espacio Abierto* 16(3), p. 541-574.
- British Broadcast Corporation. (07 de junio de 2021). *Kamala Harris tells Guatemala migrants: "Do not come to US"* BBC. 14-05-2023. Recuperado de <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-57387350>
- British Columbia Centre on Substance Use (2018). *Treatment of opioid use disorder during pregnancy: guideline supplement*. Canadá: British Columbia Centre on Substance Use.
- Brooks, D. (22 de abril de 2022). "Epidemia de sobredosis" de narcóticos sin precedente, alertan a EU. *La Jornada*. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/notas/2022/04/22/mundo/epidemia-de-sobredosis-de-narcoticos-sin-precedente-alertan-en-eu/>

- Burawoy, M. Prefacio: ciencia y reflexividad. En *¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social* coordinado por Juan Ignacio Piovani y Leticia Muñiz Terra (p. 12-15). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Cajas, J. (2009). Prólogo. En L. Ovalle, *Engordar la vena: discursos y prácticas sociales de los usuarios de drogas inyectables en Mexicali* (pp. 7-15). Mexicali: UABC, UPN.
- Cajas, J. (2012). Limpieza social y paramilitarismo: fractura del Estado de derecho. *Revista de derechos humanos* (4), p. 6-12.
- Caleta Sur (2003). Sistematización reducción de daños, fundamentos y estrategias. Chile: Caleta Sur.
- Cancillería de Colombia (2024). En el 67 Periodo de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes en Viena, 61 países, liderados por Colombia, resaltan la necesidad de un nuevo abordaje global a la situación mundial de las drogas. Recuperado de: <https://www.cancilleria.gov.co/newsroom/news/67deg-periodo-sesiones-comision-estupefacientes-viena-61-paises-liderados-colombia>
- Castañeda, E. (2023) Expulsión de migrantes como oportunidad perdida y tarea para Sísifo. *Revista Mexicana de Sociología*, (1) p. 229-238.
- Castillo, E. (2004). Promoción de la salud: una concepción interdisciplinaria e interinstitucional con la participación de la comunidad. En M. García (coord.), *Salud comunitaria y promoción de la salud* (pp. 37-58). Ciudad de México: Universidad de la Ciudad de México.
- Castro, R. (2003). Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales. *Ciencia & Saúde*, 8(1), p. 47-62.
- Castro, R. (2014). Ética e investigación en ciencias sociales: tensiones, dilemas y el debate actual. En *Ética en la investigación social: experiencias y reflexiones* coordinado por Catalina Denman Champion y María del Carmen Castro Vázquez (p. 63-86). Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Caravaca, J. (2022). Realidades intersubjetivas de la reducción de daños en Costa Rica: voces polifónicas del sinhogarismo. *Horizonte sanitario* 22(1), p. 53-60.
- Carbo, J., y Marzo, N. (2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *MEDISAN*, 21(7), 926-932.
- Cardona, D., Acosta, L. y Bertone, C. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gac Sanit* 27(4), p. 292-297.
- Carreón, R. (2006). *Chiva, cuete y cacharro: prácticas y representaciones del consumo de heroína en Hermosillo, Sonora*. (Tesis de maestría). El Colegio de Sonora.

- Centro de Estudios Espinosa Yglesias[CEEY]. (2022). Sistema Nacional de Cuidados: una vía para la igualdad de oportunidades y la movilidad social. Nota de política pública CEEY no.1, Centro de Estudios Espinosa Yglesias.
- Chapela, M. (2004). ¿Qué es una comunidad? En M. García, *Salud comunitaria y promoción de la salud* (pp. 85-102). Ciudad de México: Universidad de la Ciudad de México.
- Chapela, M. (2007). Promoción de la salud: un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. Jarillo y E. Guinsberg (coords.), *Temas y desafíos en salud colectiva* (pp. 347-373). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Chapela, M. (2009). Promoción de la salud: un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria en *Temas y desafíos en salud colectiva* coordinado por Edgar C. Jarillo Soto y Enrique Guinsberg. Buenos Aires: Lugar Editorial (p. 347-373).
- Chapela, M. (2019). Una utopía emancipadora de promoción de la salud. *Revista Enlaces Xochimilco*, 4(17), pp. 10-17.
- Clua-García, R. (2020). La gestión de places y daños: estudio etnográfico sobre el consumo de drogas en vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico. *Salud Colectiva* 16, p. 1-18. DOI: 10.18294/sc.2020.2481.
- Cofiño, R., Álvarez, B., Fernández, S. y Hernández, A. (2005). Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Revista Atención Primaria*, (35)9: 478-583. DOI: 10.1157/13075472
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2000) *Producción tráfico y consumo de drogas en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Comisión Estatal de Derechos Humanos de Baja California. (2022). *Recomendación no. 5/2022. Detenciones arbitrarias e internación involuntaria en centros de tratamiento para la drogodependencia, derivadas del plan maestro de reactivación del centro histórico en Mexicali*. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Baja California. Recuperado de: https://derechoshumanosbc.org/wp-content/uploads/2023/01/RECOMENDACION-05_2022.pdf
- Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). (2014). *Mujeres y drogas en las Américas: un diagnóstico de política en construcción*. Washington: OEA.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). (2020). *Caracterización de los servicios para personas que consumen heroína, fentanilo y otros opioides en la frontera norte*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (2021). *Programa Anual de Trabajo 2021*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.

- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) (2024a). Informe de la demanda y oferta de fentanilo en México: generalidades y situación actual. *Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/910633/Informe_Fentanilo_abril_2024.pdf
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) (2024b). Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México. *Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/923815/INFORME_PAxS_2024.pdf
- Cornejo, E., Carreón, R., Denman, C., y Castro, M. (2009). *Intervenciones para disminuir los riesgos de transmisión de VIH/SIDA en población usuaria de drogas inyectadas en Hermosillo, Sonora*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Coronel, J., y Marzo, N. (2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *Medisan* 21(7), p. 1-7.
- Coubès, M., Velasco, L., y Contreras, O. (2020). *Migrantes en albergues en las ciudades fronterizas del norte de México. Documentos de contingencia: poblaciones vulnerables ante covid-19*. Tijuana, BC: El Colegio de la Frontera Norte.
- Cubillas, J. (2014). Reflexiones sobre el proceso de investigación: una propuesta desde el feminismo decolonial. *Athenea Digital*, 14(4), 261-285.
- Dach, N. (2001). Inequidades en salud: cómo estudiarlas. En H. Restrepo, *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable* (pp. 84-104). Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Deheza, R. (2022). Acompañe, no castigue: aportes y reflexiones desde un colectivo de la sociedad civil para promover el acompañamiento a las personas en situación de calle que usan drogas. *Revista Encuentros Latinoamericanos* 6(1), p. 6-31.
- Denzin, N., y Lincoln, Y. (2011). Introducción general: la investigación cualitativa como disciplina y como práctica. En N. Denzin e Y. Lincoln, *Manual de Investigación cualitativa Volumen I: el campo de la investigación cualitativa* (pp. 43-102) Barcelona: Editorial Gedisa
- De la Rosa, P. (2022). La guerra contra las drogas, incentivo colateral de los criminales para delinquir contra inmigrantes indocumentados en México. *Estudios fronterizos*, 23, 1-27.
- Diazconti, R. (2006). Chiva, cuete y cacharro: prácticas y representaciones del consumo de heroína en Hermosillo (Tesis de maestría). El Colegio de Sonora.
- Drug Enforcement Administration (DEA). (2021). *Counterfeit pills: fact sheet*. 30-07-2024. Recuperado de <https://www.dea.gov/onepill>

- Elementa Derechos Humanos. (2024). Radiografía de la prohibición: política de drogas en México 2018-2024. México: Elementa Derechos Humanos.
- El Financiero* (31 de enero de 2022). Recuperación económica de la zona de la Frontera norte hasta el 2023. Recuperado de: <https://www.elfinanciero.com.mx/border/2022/01/31/recuperacion-economica-de-la-zona-de-la-frontera-norte-hasta-el-2023/>
- El Periodiquero* (2020). Reubican a indigentes del parque de los mariachis. Recuperado de <https://periodiquero.com/ciudad/mexicali/reubican-a-indigentes-del-parque-de-los-mariachis/>
- Esquivel, G., Ortiz, L., y Ortiz, R. (2012). Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(2),47-58.
- Esquivel, J. (03 de marzo de 2020). Estados Unidos se ahoga en fentanilo. *Proceso*. Recuperado de <https://www.proceso.com.mx/reportajes/2020/3/3/estados-unidos-se-ahoga-en-fentanilo-239353.html>
- Epp, J. (1996). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En Organización Panamericana para la salud (coord.), *Promoción de la salud: una antología* (pp. 25-36). Washington: OPS.
- Ferraris, G. (2024). Final histórico en la 67 reunión de la CND: ganó la reducción de daños. Recuperado de: <https://revistamate.com.ar/cnd-67-reduccion-de-danos/>
- Fleiz-Bautista, C., Domínguez, M., Villatoro, J., Vázquez, F., Zafra, E., Sánchez, R., Reséndiz, E., Bustos, M., y Medina, M. (2019) *Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México...* Ciudad de México: INPRFM.
- Folch, C., Casabona, J., Majó, X., Meroño, M., González, V., Colom, J., Brugal, T., y Espelt, A. (2021). Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: Necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones*, 33(4), 299-306.
- Friedman, J., Bourgois, P., Godvin, M., Chavez, A., Pacheco, L., Segovia, L., Beletsky, L., y Arredondo, J. (2022). The introduction of fentanyl on the US-Mexico border: an ethnographic account triangulated with drug checking data from Tijuana. *International Journal of Drug Policy* (104). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103678>
- Frontline AIDS (2020). *Advancing the sexual and reproductive health and rights of women who use drugs: a guide for programmes*. United Kingdom: WHRIN.
- Fuentes, C., y Peña, S. (2017). *Las fronteras de México: nodos del sistema global de las drogas prohibidas*. Tijuana: El Colegio de la Frontera norte.

- Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P., Pawlowicz, M. (2009) Programas de reducción de daños en el escenario actual, un cambio de perspectiva. *Revista Escenarios*, (14), 113-121.
- Galeano, M. (2007). *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro de la mirada*. Medellín: La Carreta Editores.
- García, D. (2012). Introducción al enfoque emancipador de promoción de la salud. *Acad Promoción la Salud* 1-15. Recuperado de <http://www.manantialdenubes.org/wpcontent/uploads/2012/02/introducci%C3%B3n-al-enfoque-emancipador-de-la-promoci%C3%B3n-de-la-salud.pdf>
- Girard, J. y Lamy, P. (2012). La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales en salud. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Recuperado de: https://anmm.org.mx/lidsspp/pdf/37_pdfsam_la.pdf
- Gobierno del Estado de Baja California (2024). *Secretaría de Salud y Sociedad Civil se unen por la reducción de daños de usuarios de drogas*. Recuperado de: <https://www.bajacalifornia.gob.mx/Prensa/Noticia/17474>
- Gobierno de Mexicali (2020). *Avanza la regeneración del centro histórico de Mexicali con la modernización de la Avenida Juárez*. Mexicali, Baja California. Recuperado de <https://www.mexicali.gob.mx/24/noticiasView.php?g=1706>
- Gobierno de Mexicali (2022). *Programa de desarrollo urbano de Centro de población de Mexicali 2025 Mexicali*, Baja California. Recuperado de: <https://www.mexicali.gob.mx/24/pdf/AdministracionUrbana/pduc2025.pdf>
- Gobierno de Colombia (2023). *Sembrando vida desterramos el narcotráfico: política nacional de drogas 2023-2033*. Colombia. Recuperado de <https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/Documents/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Drogas%202023-2033%20%27Sembrando%20vida,%20desterramos%20el%20narcotr%C3%A1fico%27.pdf>
- Góngora, A. (2016). El gobierno de redes: una etnografía de la reducción de daños en Colombia. *MANA* 22(2): 277-310. <https://doi.org/10.1590/1678-49442016v22n2p277>
- González, J. (2004) Promoción de la salud para todos. En M. García (coord.), *Salud comunitaria y promoción de la salud* (pp. 13-36). Ciudad de México: Universidad de la Ciudad de México.
- Gonzalez, N. (2020). *The risk of environment of people who inject drugs in the US/Mexico border: the case of Mexicali, Verter and the first safe consumption site in Latin America, La Sala*. (Bachelor of arts and science). Quest University Canada.

- Gonzalez-Molina, J. (2004). Promoción de la salud para todos. En M. García, *Salud comunitaria y promoción de la salud* (pp. 13-36). Ciudad de México: Universidad de la Ciudad de México.
- Goodman-Meza, D., Slim, S., Angulo, L., Gonzalez, P., Cambou, Loera, A., Shoptaw, S., y Arredondo, J. (2022). Impact of an overdose reversal program in the context of a safe consumption site in Northern Mexico. *Drug and alcohol dependence reports*, 2 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2021.100021>
- Guerra, E., y Zwitter, G. (2022). *Las organizaciones de la sociedad civil y la política de reducción de daños*. Aguascalientes: Cuadernos de trabajo del programa de política de drogas CIDE.
- Guerra, E., y Zwitter, G. (2024). Civil Society Organizations and Harm Reduction Policy: The Mexican Case. *Contemporary Drug Problems*, 51(1), 45-64. <https://doi.org/10.1177/00914509231214344>
- Guzmán Pizarro, L., Angulo, A., García, y Gómez, M. (2012). *Introducción a la promoción de la salud*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Guzmán, V., Armendáriz, N. y Alonso, M. (2020). Modelo socioecológico para el no consumo de drogas en adolescentes de preparatoria. *Eureka Revista Científica de Psicología* (17), 345-361.
- Harm Reduction International. (2020). *The Global State of Harm Reduction*. London: Harm Reduction International.
- Harm Reduction International. (2021). What is harm reduction. Recuperado de <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
- Haro, J. (2000) Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención a la salud. En E. Perdiguer y J. Comelles, *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (pp. 101-161). Bellaterra, España.
- Henman, A. (2009). ¿Es posible aplicar políticas de reducción de riesgos y daños bajo las convenciones de la ONU? *Nueva Sociedad*, (222). <https://nuso.org/articulo/es-posible-aplicar-politicas-de-reduccion-de-riesgos-y-danos-bajo-las-convenciones-de-la-onu/>
- Hernández, A. (2015). Gentrificación y desplazamiento: la zona de la Alameda, Ciudad de México. Recuperado de: http://contested-cities.net/wp-content/uploads/2016/01/2015_Gentrificacion_MEX_AL_12_Cordero.pdf
- Hernández, G. y Romero, C. (2019) La Guardia Nacional y la militarización de la seguridad pública en México URVIO. *Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad* (25), p. 87-106.

- Hernández, A. (2021). Una frágil frontera entre la delincuencia y las drogas: la Zona Norte de Tijuana. *Cultura Y Droga*, 26(32), 153–185. DOI: <https://doi.org/10.17151/culdr.2021.26.32.8>
- Hernández, K. (2023). Migrantes centroamericanos “atrapados” en Ciudad Juárez. *Cuadernos Fronterizos*, 19(57). <https://doi.org/10.20983/cuadfront.2023.57.11>
- Hersch, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*, 55(5), 512-518.
- Hersch, P. y Salamanca, M. (2022). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referents analíticos y operativos para la salud colectiva. *Revista Nacional de Salud Pública* 40(1), p. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp. e345191>
- International AIDS Society (IAS). (2019). Women who inject drugs: overlooked, yet visible. Recuperado de https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019__IAS__Brief__Women_who_inject_drugs.pdf
- Inciardi, J., y Harrison, L. (2000). Introduction: the concept of harm reduction. En J. Inciardi y L. Harrison, *Harm Reduction: National and International Perspectives*. Estados Unidos: Sage publications.
- International Drug Policy Consortium (IDCP). (2021). *The Global Drug Policy Index 2021-analytical report*. London: IDCP. Recuperado de <https://idpc.net/publications/2021/11/the-global-drug-policy-index-2021-analytical-report>
- International Drug Policy Consortium (IDCP). (2023). Rumbo equivocado: informe sombra para el examen de mitad de periodo de la declaración ministerial sobre drogas de 2019. Recuperado de: <https://idpc.net/es/publications/2023/12/idpc-informe-sombra-2024>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019). Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE). Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825191184.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). (2016-2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT)*. México: Secretaría de Salud.
- Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC). (2017) *Observatorio estatal de las adicciones*. Mexicali: IPEBC.
- Janoschka, M., Sequera, J. y Salinas, L. (2014). Gentrificación en España y América Latina: un diálogo crítico. *Revista de Geografía Norte Grande* (58), p. 7-40.

- Jasso, R. (2021). Espacios de estancia prolongada para la población migrante centroamericana en tránsito por México. *Frontera norte*, 33. <https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.2075>
- Jiménez, M., & Guzmán, R. (2012). Género y usos de drogas: Dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. *Revista Oñati Socio-Legal Series* 2(6), pp. 77-96.
- Kensy, J., Stengal, C., Nougier, M., & Birgin, R. (2012). Drug Policy and Women: Addressing the Negative Consequences of Harmful Drug Control. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2186004>
- Knowmad Institute (2019). Declaración de Barcelona: Mujeres resistiendo la guerra contra las drogas. Recuperado de: <https://knowmadinstitut.org/es/2019/03/declaracion-de-barcelona/>
- Kornblit, A., y Mendes, A. (2004). Teoría y práctica en promoción de la salud: el caso del consumo abusivo de drogas. En A. Kornblit, *Nuevos estudios sobre drogadicción* (pp. 111-120). Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Lincoln, Y., y Guba, E. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman y J. Haro (comps.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp.113-146). Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Lane, S., Lurie, P., Bowser, B., Kahn, J., y Chen, D. (2000). The coming of age of needle exchange: a history through 1993. En J. Inciardi y L. Harrison (coords.), *Harm Reduction: National and International Perspectives* (pp. 47-68). Estados Unidos: Sage publications.
- Lima, M. (2017). Desigualdades en salud: una perspectiva global. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 22(7), 2097-2108.
- Llort, A., Ferrando, S., Borrás, T., y Purroy, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas* 20, 9-22. DOI: IO.14198/ALTERN2013.20.01
- López, J. y Mercado, M. (2004). Cultura y salud: un enfoque de promoción de la salud y un requisito para la participación comunitaria. En *Salud comunitaria y promoción de la salud* coordinado por Mariano García Viveros (pp. 165-180). Ciudad de México: Universidad de la Ciudad de México.
- Málaga, H. y Perdomo, M. (2001). Evaluación de procesos locales de Promoción de la salud. En H. Restrepo y H. Málaga (coord.), *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable* (pp. 178-192). Buenos Aires: Editorial Médica Internacional.

- Marco, A., Segovia, O., Calvo, F., Carbonell, X. (2021). El estereotipo de “heroinómano” como chivo expiatorio del consumo de drogas normalizado: estigma y personas con drogodependencias. *Revista de Educación Social* (32), p. 424-446.
- Marinho A., y Couto, M. (2020). Políticas de drogas en el contexto brasileño: un análisis interseccional de “Cracolândia” en San Pablo, Brasil. *Salud Colectiva*,16: e2517. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2517>
- Markez, I. (1997). Drogas y debates: ¿monopolio del discurso adictivo? (a fin de no psiquiatrizar la dependencia). En X. Arana e I. Márkez, *Los agentes sociales ante las drogas* (pp. 19-52). Madrid: Dykinson.
- Martínez, G., Barajas, A., y Corrales, S. (2022). Cambio estructural y desindustrialización en la frontera norte de México. *Revista Estudios Fronterizos*, (23),1-24. <https://doi.org/10.21670/ref.2211095>
- Martínez, V., Wong, P., y Lara, F. (2022). ¿Cuándo abren la frontera?: El proceso de la fronterización durante la pandemia del Covid-19 en la región transfronteriza Sonora-Arizona. *Revista Estudios Sociales*, (32)60, 1-30. <https://doi.org/10.24836/es.v32i60.1252>
- Martínez, P. (2020). Ser heroína: entre el control y la regulación: narrativas en torno al acceso y servicios de salud sexual y reproductiva durante el embarazo, parto y puerperio, en mujeres-madres usuarias de drogas inyectables en Mexicali, Baja California. (Tesis de maestría) Universidad Autónoma de Baja California. Recuperada de <https://hdl.handle.net/20.500.12930/3371>
- McKeown, T, y Record, R (1972). Una interpretación del aumento moderno de la población en Europa. *Estudios de población*, 26 (3), 345–382. <https://doi.org/10.1080/00324728.1972.10405908>
- McLean, K. (2011). The biopolitics of needle exchange in the United States. *Critical Public Health*, 21(1), 71-79. DOI: 10.1080/09581591003653124
- Medina-Mora, M., Real, T., Villatoro, J. y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública Mex* 55(1), p. 67-73.
- Medina Mora, M. (2019). Prologo. En C. Fleiz-Bautista, M. Domínguez, J. Villatoro, F. Vázquez, E. Zafra, R. Sánchez, E. Reséndiz, M. Bustos, y M. Medina. “*Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México...*” Ciudad de México: INPRFM.
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa En I. Vasilachis (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 65-106). Barcelona: Editorial Gedisa.

- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Colectiva*, 8(1), 185-207.
- Menéndez, E. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: De exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En L. Citarella y A. Zangari, *Yachay Tinkuy: Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 87-126). Bolivia: Cooperación Italiana, PROHISABA, Editorial Gente Común.
- Menéndez, E. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva* 8(1), 9-24. <https://doi.org/10.18294/sc.2012.77>
- Menéndez, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, 104-113.
- Menéndez, E. (2020). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Meneses, C. (2006). Invisibilidad y estigmatización del consumo de drogas en las mujeres. En A. García y M. Carrasco, *Diferencias de género en el uso de las drogas* (pp. 13-36). Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid
- Metzineres (2024). Qué es Metzineres. Recuperado de: <https://metzineres.org/es/metzineres#:~:text=El%20espectro%20completo%20de%20la,v%3%ADnculos%20de%20confianza%2C%20entre%20otros>.
- Monárrez, J., y García, J. (2008). Violencia e inseguridad en la frontera norte. *Nósis. Revista de ciencias sociales y humanidades*, (17)34, 42-65.
- Morante, V. (2014). El consumo de drogas supervisado: una etnografía sobre la Sala Baluard de Barcelona. (Tesis de licenciatura). Universidad de Barcelona.
- Moreno, J. y Niño, L. (2013). Una mirada hacia las organizaciones civiles de apoyo al migrante en Baja California y Sonora. *Región y Sociedad*, 57, p. 61-96.
- National Harm Reduction Coalition. (14 de octubre de 2021). *Las Américas, descolonización y reducción de daños*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ZA-ppvEZJ6U&list=LL&index=6&t=1787s>
- National Institute on Drug Abuse. (2019). *Drug facts: El fentanilo*. NIH. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/drugfacts-fentanyl-sp.pdf>
- Núñez, G., y McC. Heyman, J. (2011). Comunidades de inmigrantes “atrapadas” en los procesos de control de la libre circulación: consecuencias de la intensificación de la vigilancia en la zona fronteriza México-Estados Unidos. En N. Armijo, *Migración y Seguridad: nuevo desafío en México* (pp. 105-126). México: Casede.
- Oficina Ejecutiva del Gobierno de los Estados Unidos (2022). *National Drug Control Strategy*. Washington: The White House.

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2018). Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Informe mundial sobre las drogas 2018. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2019). Reporte Mundial de Drogas. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2020). Resumen ejecutivo reporte mundial de drogas. United Nations: Reporte Mundial de Drogas 2020. <https://wdr.unodc.org/wdr2020/>
- O'Hare, P. (2007). Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *International Journal of Drug Policy* (18), 141-144. DOI: 10.1016/j.drugpo.2007.01.003
- Ordoñez, J., Arenas, L., Ramsey, J., y Casas, M. (2008). Promoción de la salud y comunidad. En *Manual para la vigilancia y el control del paludismo en Mesoamérica* coordinado por Mario Henry Rodríguez, Armando Ulloa García y Janine M. Ramsey Willoquet (p. 179-190). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Alma-Ata 1978. atención primaria en salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=874646D3AED6EC7FBC63A3993DFD56AA?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Canada: OMS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1988). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas*. Suiza: OMS. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). Conferencia internacional de promoción de la salud Bogotá. Colombia: OMS. Recuperado de https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/santa_fe_bogota_92.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la constitución*. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

- Ospina-Escobar, A. (2016). Itinerarios de adversidad: biografías de uso de drogas, estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH en varones inyectores de Tijuana, Cd. Juárez y Hermosillo, Sonora. [Tesis de doctorado]. El Colegio de México. Recuperado de <https://repositorio.colmex.mx/concern/theses/4f16c297c?locale=en>
- Ospina-Escobar, A. (11 de junio de 2019). La reducción de daños en México: entre el milagro y el malabar. *Nexos, economía y sociedad*. Recuperado de <https://economia.nexos.com.mx/la-reduccion-de-danos-en-mexico-entre-el-milagro-y-el-malabar/>
- Ospina-Escobar, A. (2020). Violencia sexual y reproductiva hacia mujeres que se inyectan drogas en la frontera norte de México. ¿la frontera de los derechos? *Revista Cultura y Droga*, 25(30), 114-143. <https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.30.6>
- Ospina-Escobar, A. (2022). Personas que se inyectan drogas: del sujeto epidemiológico al sujeto de derechos. En M. García, J. Mendoza y H. Salinas (coords.), *Los efectos sociales del VIH y el Sida en México, cuatro décadas de pandemia* (p 251-281). Ciudad de México: Historiadores de las ciencias y las Humanidades: UNAM, Facultad de Medicina.
- Ospina-Escobar, A. (2023). Cuerpos violables, cuerpos descartables: mujeres que se inyectan drogas y prohibicionismo en México. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género* (9). DOI: <http://dx.doi.org/10.24201>
- Ospina-Escobar, A., Ramos, M. y Rojas, J. (2023). Covid-19 y personas que se inyectan drogas en Ciudad Juárez: la tormenta perfecta. En E. Guerra y L. Atesta (coords.), *Drogas y violencias en tiempos de pandemia: consecuencias y respuestas* (pp. 59-96). México: Programa de Políticas de Drogas.
- Ospina-Escobar, A. y Davila, C. (2024) Trends in drug overdose deaths in Mexico (1999-2019). A national descriptive analysis and interstate comparison. *Int J Drug Policy*. doi: 10.1016/j.drugpo.2024.104464.
- Osorio, R. (2001). *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS.
- Osuna, M. (2013). Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: Una exploración de las voces femeninas y el estigma social. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24, 1-17.
- Ovalle, L. (s.f.). Drogas ilegales, cultura y sociedad. Apuntes sobre el impacto de las redes del narcotráfico en la vida cotidiana de Baja California. Recuperado de: http://www.mamacoca.org/docs_de_base/La_Representacion_Social_del_narcotrafico/Ovalle_capt25_Apuntes_impacto_narcotrafico_en_la_vida_cotidiana_de_Baja_California.pdf

- Ovalle, L. (2009) *Engordar la vena: discursos y prácticas sociales de los usuarios de drogas inyectables en Mexicali*. Mexicali: UABC.
- Ovalle, P., Balbuena, R., Ospina, A., y Guerrero, J. (2011). ¡No seas culero!: prácticas de los usuarios de drogas inyectables. *Revista Electrónica de la Red Internacional de Estudios sobre Masculinidades*, 5(8).
- Pascual-Mollá, M. y Pascual-Pastor, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones* 29(4), p. 223-226.
- Paredes, J., Ródenas, A. y Cassetti, V. (2021). Practicar la intersectorialidad en salud y cómo romper muros para trabajar conjuntamente. *AMF: Actualización en Medicina de Familiar*, 17(5).
- Paris, M. (2021). *Violencias y migraciones centroamericanas en México*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- París, M., y Montes, V. (2020). Visibilidad como estrategia de movilidad: el éxodo centroamericano en México (2018-2019). *EntreDiversidades. Revista de ciencias sociales y humanidades*, 7(1), 9-36. <https://doi.org/10.31644/ed.v7.n1.2020.a01>
- Pereira, I. (2019). El consenso de Viena está roto y no lo curaremos. Recuperado de: <https://www.dejusticia.org/column/el-consenso-de-viena-esta-roto-y-no-lo-curaremos/>
- Pérez, C., y Ibarrola, A. (2023). La transición hacia el fentanilo: cambios y continuidades del mercado de drogas en México (2015-2022). *Revista de Ciencias Sociales, DS y FCS* 36 (53), 15-36. <https://doi.org/10.26489/rvs.v36i53.1>
- Pinkham, S. y Malinowska, K. (2008). Women, Harm Reduction and HIV. *Reproductive Health Matters* (16)31, p. 168-181.
- PrevenCasa AC (2021). Información. Recuperado de https://web.facebook.com/prevenecasateam/?_rdc=1&_rdr
- Programa Compañeros. (2023). ¿Quiénes somos? Recuperado de <https://www.programacompaneros.org/NOSOTROS/>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2024). Declaración de prensa: ONUSIDA celebra la adopción de una resolución crucial que reconoce las medidas de reducción del daño en la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas. Recuperado de: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2024/march/20240322_harm-reduction#:~:text=La%20reducci%C3%B3n%20de%20da%C3%B1os%20es,para%20la%20gesti%C3%B3n%20de%20sobredosis.

- Proyecto Malva. (2020). *Miradas feministas al abordaje de drogas: guía breve para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de drogas*. Barcelona: Fundación Salud y Comunidad.
- Ramírez, K. y Moreno, A. (2021). Los albergues para migrantes en México frente al Covid-19: el caso de Mexicali, Baja California. *Huellas de la migración*, 5(10), p. 39-59. <https://doi.org/10.36677/hmigracion.v5i10.15638>
- Ramírez, G. (2023). Contención migratoria en la frontera norte de México: Detenciones y deportaciones de centroamericanos durante la pandemia. *Norteamérica*, 18(2), 4. <https://doi.org/10.22201/cisan.24487228e.2023.1.610>
- Ramos, J. (2002). Seguridad pública fronteriza: gestión, contexto y redefinición de políticas. *Revista Frontera Norte*, 14(28), 47-81.
- Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD). (2018). *La Reducción de daños en la intervención con drogas: concepto y buenas prácticas*. España: ABD Fundación.
- Restrepo, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- Restrepo, E. (2018). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Mayor de San Marcos.
- Reyes, H. (16 de enero de 2020) Desalojan a indigentes del parque de Los Mariachis en Mexicali". *Síntesistv*. Recuperado de <https://sintesistv.com.mx/desalojan-a-indigentes-del-parque-de-los-mariachis-en-mexicali/>
- Ribeiro, D. (2019). Breves reflexiones sobre Lugar de enunciación. *Relaciones Internacionales*, 39, 13-18. <https://doi.org/10.15366/relacionesinternacionales2018.39.001>
- Ribeiro, D. (2020). *Lugar de enunciación*. Brasil: Ediciones ambulantes.
- Rivera, L. (2019). Detenida, actividad de la primera sala de consumo seguro de drogas en México y Latinoamérica. *Noticieros Televisa*. 10-Nov-2021. Recuperado de <https://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/detenida-actividad-primer-sala-consumo-seguro-drogas-mexico-latinoamerica/>
- Riley, D., y O'Hare, P. (2000). Harm reduction: history, definition and practice. En J. Inciardi y L. Harrison (coords.), *Harm Reduction: National and International Perspectives* (pp. 1-26). Estados Unidos: Sage publications.
- Ríos, M. (2010). Metodología de las ciencias sociales y perspectiva de género. En N. Blázquez (coord.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 179-198). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Roberts, A, Mathers, B., y Degenhardt, L. (2010). *Women who inject drugs: a review of their risks, experiences and needs*. Australia: National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC).
- Rodríguez, V. (2012) Prevención y reducción en drogodependencia. *I Congreso Internacional de Psicología*. Perú.
- Rodríguez, R. (2021). Agentes comunitarios en salud: reflexiones sobre sus prácticas y aportes en promoción de la salud. *Revista de Salud Pública*, 26(2), 31-38. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34306>
- Roe, G. (2005). Harm Reduction as paradigm: is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Critical Public Health*, 15(3), 243-250.
- Rojas, F. (2010). Interdisciplina e intersectorialidad. *Revista Cubana de Salud Pública* 36(3), 1-2.
- Romaní, O. (2008) “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño”. *Salud Colectiva*, 4(3), 301-3018.
- Romaní, O. (2013). Reducción de daños y control social. ¿De qué estamos hablando? En D. Pere y J. Pallarés (coord.), *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas* (pp. 103-116). Lleida: Editorial Milenio.
- Romaní, O. (2016). Prohibicionismo y drogas ¿un modelo de gestión social agotado? Recuperado de: <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/11/doctrina44372.pdf>
- Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías Humanitas* (5), 65-83.
- Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Español de Drogodependencias*, 35(3), 269-272.
- Romo, N. (2021). “No puedo beber alcohol si estoy sola”: sobre cómo pensar la violencia de género y las drogodependencias. *La Aljaba, segunda época, Revista de Estudios de la Mujer* 25(1), 173-191.
- Roque, M. (2022). Salas de consumo supervisado de droga: una visión general de los servicios prestados y los datos disponibles. *Medicina y ética* 33(4), p. 1167-1172. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n4.06>
- Rosen, J., y Zepeda, R. (2014). La guerra contra las drogas en Colombia y México: estrategias fracasadas. *Ánfora* 21(37) p. 179-200.
- Ruiz, J. (1999). La entrevista. En *Metodología de la investigación cualitativa* (pp. 165-89). Bilbao: Universidad de Deusto.

- Salazar, L., y Vélez, J. (2004). Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 9(3), 725-730.
- Sánchez, L. (2012). *Género y drogas: guía informativa*. Diputación de Alicante: consultoría, estudios y gestión de proyectos.
- Sarría, A., De la Cruz, G., y Martínez, M. (2014). Promoción de la salud: concepto, antecedentes y perspectivas. En A. Sarría y F. Villar (coords.), *Promoción de la salud en la comunidad* (pp. 51-80). España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Scott, J. (2008). *Género e historia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Secretaría de Salud (SSA). (2006). *Modelo Operativo de Promoción de la Salud*. <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/mops.pdf>
- Secretaría de Salud (SSA). (2014). *Programa de Acción Específico. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (SSA) (2019). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (SSA) (2020). *Guía breve para la implementación del enfoque de reducción de riesgos y daños con usuarios de drogas (2019-2024)*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (SSA) (2024). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) Informe 2016*. Ciudad de México. Recuperado julio 2024 de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/906938/INFORME_SISVEA_2022_010424_OK.pdf
- Senado de la República (2021). Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma la Fracción IV del Artículo 245 de la Ley General de Salud en materia de atención a casos de sobredosis. Recuperado el 10 de noviembre de 2021 en: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/3/202102181/assets/documentos/Inic_Morena_Sen_Monrela_Art_245_Salud_Sobredosis.pdf
- Sigerist, H. E. (1998). *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo XXI.
- Sira, A. y Gásperi, R. (2017). Bases epistemológicas e históricas de la perspectiva latinoamericana por una promoción de la salud crítica y emancipatoria. *La revista de enfermería y ciencias de la salud*, 10(1), 5-20.
- Sumano, J. (2020). Prevención del delito en la frontera norte a través de la administración pública deliberativa. *Gestión y política pública* 29(1), 67-96. <https://doi.org/10.29265/gypp.v29i1.657>

- Tapia, M. (2024). Por falta de apoyo gubernamental cierra el Hotel del Migrante. *La voz de la frontera*. Recuperado de: <https://www.lavozdelafrontera.com.mx/local/por-falta-de-apoyo-gubernamental-cierra-el-hotel-del-migrante-11287993.html>
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1992). Capítulo 3. La observación participante en el campo. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp.50-99). Barcelona: Paidós.
- Tizoc-Márquez, A., Rivera-Fierro, K., Rieke-Campoy, U., y Cruz-Palomares, M. (2017) Reducción de daños como estrategia para el uso y abuso de sustancias en México: desafíos y oportunidades. *Revista RA Ximhai* 13(2), 39-51.
- U. S. Customs and Border Protection (CBP). (2020). U.S. Border Patrol Southwest Border Apprehensions by Sector Fiscal Year 2019. Recuperado de <https://www.cbp.gov/newsroom/stats/sw-border-migration/usbp-sw-borderapprehensions>
- U. S. Customs and Border Protection (CBP). (2020). U.S. Border Patrol Nationwide Apprehensions by Citizenship and Sector (FY2007-FY2019). Recuperado de <https://www.cbp.gov/newsroom/media-resources/stats>
- Vargas, L., y Castillas, L. (2004). Perspectiva antropológica de la participación comunitaria para la promoción de la salud. En M. García (coord.), *Salud comunitaria y promoción de la salud* (pp. 143-164). Ciudad de México: Universidad de la Ciudad de México.
- Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23-64). Barcelona: Editorial Gedisa
- Vega, R., y Torres, M. (2011). El papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200008&lng=es&tlng=es
- Verter, AC. (2021). Información. Recuperado de https://web.facebook.com/VerterAC/?_rdc=1&_rdr
- Verter, AC. (2021). Integración social Verter, AC: misión, visión y objetivos. Recuperado de www.verter.org.mx
- Villalta, M., Garrido, A., y San Martín, J. (2022). Criterios éticos para revisar investigaciones en Ciencias Sociales: sistematización de una experiencia. *Empiria Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (54), 145-167. <https://doi.org/10.5944/empiria.54.2022.33739>
- Villar, C., Juárez, M., y Fúnez, C. (2019). Programas de reducción de daños en la drogodependencia. *Med fam Andal*, 20(2), 182-188.
- Viña, D. (2023). Los estragos del desabasto de opioides médicos: quiero darle a mi hijo una infancia mejor que la mía, pero sin la metadona es muy difícil. *El país*. Recuperado

de: <https://elpais.com/mexico/2023-04-29/los-estragos-del-desabasto-de-opioides-medicos-quiero-darle-a-mi-hijo-una-infancia-mejor-que-la-mia-pero-sin-la-metadona-es-muy-dificil.html>

Viscardi, N., y Tenenbaum, G. (2023). Presentación. En Violencias, territorios y tráfico de drogas en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales*, 36(53), 7-14.

Warwick-Booth, L., Foster, S., y White, J. (2013). Healthy communities. En R. Dixey (coord.), *Health promotion global principals and practice*. Dixey. UK: CAB International.

Wolfe, D., y Csete, J. (2015). *Reducción de daños*. Nueva York: Open Society Foundations. Recuperado de: <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/db3efd70-a3d1-4345-88a2-6845d0ceadc3/harm-reduction-sp-20160922.pdf>

Youth Rise. (2021). *Reducción de daños de espectro completo*. Recuperado de: <https://youthrise.org/acerca-de/?lang=es>

Zoio, G., Cavada, A., Sarmiento, R., y Dal, M. (2017). Recursos humanos para la salud: crisis global y cooperación internacional. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 22(7), 2237-2246. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02702017>

Anexos

Anexo 1: Guía de entrevista fundadores Verter: directora y coordinador de proyecto

Objetivo específico de la tesis:

Describir las características del programa de reducción de daños y cuáles son las intervenciones comunitarias que se realizan con mujeres que se inyectan drogas.

Objetivo de la guía de entrevista: Identificar las características del programa de reducción de daños y las intervenciones comunitarias con la población que solicita estos servicios.

Temas	Preguntas
Información general	Puesto: Edad: Tiempo de trabajo en la organización Tiempo de trabajo en el tema ¿Cómo nace tu interés en el tema? ¿Cuánto tiempo tienes trabajando en el área? Puedes contar un poco sobre la historia de Verter, qué hace, cómo nació... ¿Qué actividades/proyectos favorecieron la renta del otro espacio? ¿Cuántas personas colaboran con/en las actividades de Verter (pasantías, investigadores, extranjeros, etc.)? ¿qué actividades realizan? (horarios, protocolo a seguir con la población, al llegar a la sala, al entrar...)
El personal	¿Qué actividades realizan los miembros de la organización? ¿Qué aspectos reforzaría en la implementación del programa de reducción de daños para mejorar el servicio/actividades de la organización con la población? ¿Qué aspectos considera que es importante conservar? ¿Cuáles son las áreas de oportunidad de la organización?
Reducción de daños	¿Cómo describirías el programa de reducción de daños? ¿Cuál es su posicionamiento frente al tema y sobre las diferentes formas de implementarlo en otros ámbitos (otras organizaciones, dependencias, redes)? ¿Cómo se planean las actividades? ¿Cómo se ejecutan, se dividen las áreas? Qué áreas cubren actualmente (de todo el espectro del programa: incidencia, prevención, etc.) <ul style="list-style-type: none"> • La sala (objetivos, población, protocolos, apoyos para continuar) • El intercambio de jeringas (cómo reacciona la población) • Pruebas de fentanilo (qué se hace con los datos que se recaban) ¿Qué áreas le gustaría cubrir a través del programa (de la ciudad, con la población, con la incidencia, del mismo programa)? ¿Qué otras áreas cubren aparte del programa de reducción de daños (salud sexual y reproductiva, jóvenes)? ¿Cómo son las redes con otras organizaciones para seguir implementando este programa (nacionales, internacionales)?

	<p>¿cómo se trazan las metas para cumplir los objetivos? (financiamiento, mantenimiento, incidencia en políticas públicas)</p> <p>¿Cómo se han construido los formatos para procesar la información de sobredosis, detección de fentanilo, entrega de naloxona, etc.?</p> <p>¿Cómo se procesa la información?</p> <p>¿Cómo deciden qué datos son importantes para procesar?</p> <p>¿Qué datos levantan ahora que antes no y cuál es el motivo?</p>
Financiamiento	<p>¿Cómo obtienen fondos para financiar las distintas actividades del programa?</p> <p>Ante los cambios en el subsidio federal al programa de reducción de daños, ¿qué actividades/estrategias han tenido que implementar para continuar con el trabajo de la organización?</p> <p>¿Han modificado sus actividades con otras organizaciones o fundaciones para buscar financiamiento?</p> <p>¿qué tipo de organizaciones les han apoyado? ¿Qué áreas o actividades realizan? ¿se complementan con el programa de reducción de daños? ¿cómo?</p>
Trabajo intersectorial	<p>Trabajo interinstitucional</p> <p>¿Hay colaboración con otras organizaciones que realizan reducción de daños?</p> <p>¿Cómo se realiza?</p> <p>¿En qué áreas colaboran?</p> <p>Cómo se articulan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Border kindness • Capasits • Secretaría de salud • Policía municipal • Cruz roja/paramédicos • Centros de tratamiento • Otras...
La población	<p>Cuéntame un poco sobre la población que acude.</p> <p>¿cuáles son sus edades?</p> <p>¿cuáles detectan que son sus principales necesidades, qué solicitan, cuánto tiempo se quedan, cuáles son sus necesidades en materia de salud?</p> <p>¿se conocen entre ellas/ellos? ¿son madres? ¿Extranjero/as?</p> <p>Viven cerca o vienen desde lejos para usar la sala o solicitar servicios</p> <p>¿Cuánto tiempo tienen viniendo?</p> <p>¿Cuál es el alcance comunitario? Se refiere a la cantidad de personas que acuden y los lugares de donde vienen</p> <p>¿Ha habido/notado cambio en los comportamientos de las PIDS?</p> <p>¿Cómo los miden?</p> <p>¿Qué factores intervienen para que esto ocurra o no?</p> <p>¿Cómo podría lograrse el seguimiento a las PIDS?</p> <p>¿Cómo ha sido la relación que se establece con las PIDS, cuáles son los principios, cómo se mantiene?</p> <p>¿Cómo se involucran o se han involucrado las PIDS en la implementación del programa?</p> <p>¿Cómo es la capacitación/educación/relación con la población sobre las sobredosis, los lugares seguros para inyectarse, el no compartir jeringas, las ITS, derechos humanos?</p>

La pandemia	¿qué ajustes han realizado a raíz de la pandemia? ¿cómo trabajan para continuar apoyando a estas poblaciones aun con la pandemia? ¿cómo reacciona la población? ¿Qué hay que conservar, qué se espera para el futuro? ¿cómo crees que debería ser el apoyo de los gobiernos para continuar apoyando a estas poblaciones en el contexto actual? ¿en qué parte se ubica Verter actualmente? ¿hacia dónde van?

Anexo 2: Guía de entrevista trabajadora social

Objetivo específico de la tesis:
 Describir las características del programa de reducción de daños y cuáles son las intervenciones comunitarias que se realizan con mujeres que se inyectan drogas.

Objetivo de la guía de entrevista: Identificar las características de las intervenciones de reducción de daños con población que solicita estos servicios.

Temas	Preguntas
Información general	Puesto: Edad: Tiempo de trabajo en la organización Tiempo de trabajo en el tema Cómo nace tu interés en este tema Cuanto tiempo tienes trabajo en esta área Qué es lo que más te gusta de trabajar en este espacio/con esta población Cuáles son las actividades que realizas Cómo se diferencia con otros espacios/áreas de trabajo
Reducción de daños	Qué actividades de reducción de daños realizas dentro de la organización Cómo has observado la reacción con las poblaciones Cómo es tu relación/interacción con ellas y ellos Cuál es tu posicionamiento sobre el tema/ es acorde al posicionamiento de la organización En qué son similares/ en qué difieren Qué acciones fortalecerías en el trabajo con las poblaciones Ha cambiado tu posición/postura del tema desde que trabajas directamente con la población Cómo te ha sensibilizado
La población	¿Cómo es tu contacto con la población? ¿Cuáles son algunas características de la población (edades, etc.)? ¿Cuáles detectas que son sus primeras necesidades? ¿qué solicitan, cuánto tiempo se quedan en el centro comunitario? ¿se conocen entre ellos/as) ¿viven cerca o vienen de lejos? ¿Cuánto tiempo tienen viniendo? ¿Cuál es el alcance (colonias que cubren, etc.)? ¿notas cambios en sus prácticas de consumo? ¿Qué factores intervienen para que eso ocurra? ¿Cómo podría darse seguimiento a la condición de las PIDS? ¿Cómo ha sido la relación que se establece con las PIDS? ¿Cómo se involucran las PIDS en la implementación de las actividades de reducción de daños?

	<p>¿qué capacitaciones/talleres/programas reciben las PIDS de educación sobre las sobredosis, los lugares seguros para inyectarse, el no compartir jeringas, etc.?</p>
<p>Relaciones interinstitucionales</p>	<p>Cuál es tu función con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Border Kindness • Capasits • Centros de tratamiento <p>¿Hacia dónde crees que se dirigen las actividades de reducción de daños?</p>

Anexo 3: Guía de entrevista a mujeres usuarias de sustancias en Mexicali, BC

Objetivo específico de la tesis:

Estudiar las prácticas de autoatención que han adoptado las mujeres que se inyectan drogas que acuden a solicitar servicios de reducción de daños a Verter, AC.

Objetivo: Identificar prácticas de autoatención y dinámicas de consumo de mujeres que se inyectan drogas que conocen o han utilizado los servicios de reducción de daños en Verter, AC.

Temas	Preguntas
Información general/ datos sociodemográficos	<p>¿Cuántos años tienes? Estado civil ¿Dónde naciste? ¿A qué te dedicas? ¿Hasta qué grado estudiaste? Tiene hijos/as - ¿cuáles son sus edades? ¿Con quién vives? ¿Dónde vives? ¿De dónde eres? Si no eres de Mexicali, ¿Cuánto tiempo tienes viviendo aquí? ¿Cómo llegaste a la ciudad? ¿Tienes familia o conocidos en la ciudad? ¿cómo es tu relación con ellas o ellos?</p> <p>¿Tienes acceso a algún servicio de salud?</p>
Dinámicas de consumo	<p>¿Qué sustancia consumes actualmente? ¿Cada cuánto “te curas”? ¿Dónde y con quien consumes regularmente?</p>
Reducción de daños	<p>¿Desde cuándo conoces el centro comunitario? ¿Cuáles servicios solicitas? ¿Qué es lo que más te gusta de ir a la organización? ¿Qué otras actividades o servicios te gustaría que hubiera? ¿Cómo es tu relación con el personal que colabora en la organización? ¿Por qué acudes al centro comunitario? ¿Ha cambiado algo en tu vida desde que acudes a Verter? ¿En qué aspectos?</p>
Prácticas de autoatención	<p>¿Has realizado o realizas intercambio de jeringas? ¿cada cuánto?</p>

	<p>¿Alguna vez has tenido una sobredosis? ¿cómo y dónde ocurrió? ¿cómo fue la atención? ¿quién te atendió? ¿tienes acceso a naloxona? ¿te ha tocado acompañar o atender una sobredosis?</p> <p>¿Alguna vez has utilizado La Sala? ¿cómo te sientes cuando acudes a ese lugar? ¿cómo percibes la atención? ¿qué te gusta del lugar? ¿qué no te gusta del lugar? ¿cómo te sientes cuando acudes al centro comunitario de Verter?</p> <p>¿Te has realizado pruebas rápidas de VIH, sífilis o hepatitis C? ¿dónde? En caso de algún diagnóstico positivo ¿has tenido acceso a tratamiento? ¿cómo fue la atención? ¿has intercambiado jeringas recientemente o después de recibir el diagnóstico? ¿dónde? ¿con quién?</p> <p>¿Cómo se atienden los <i>cuerazos</i> o abscesos en los grupos que frecuentas?</p> <p>¿Tus conocido/as acuden también a la organización? ¿quién te cuida o atiende cuando te enfermas? ¿A dónde acudes cuando te enfermas?</p> <p>¿Quiénes son las personas con quien tienes relaciones más cercanas? ¿cómo te apoyan cuando te enfermas o tienes alguna dolencia?</p> <p>¿Qué medidas tomas para cuidarte y evitar <i>cuerazos</i> o dolencias derivadas de la inyección?</p>
Contextos donde habitan/género	<p>¿Alguna vez has sufrido acoso por parte de la policía? Si su respuesta es sí, ¿puedes contar como fue la experiencia? Si su respuesta es no ¿conoces a algún usuario o usuaria cercana a ti que haya vivido alguna situación de acoso policiaco? ¿cómo fue su experiencia?</p> <p>¿Has evitado salir o exponerte por miedo al acoso policiaco? Si su respuesta es sí, ¿cómo le hiciste para proveerte de la sustancia o insumos? Si su respuesta es no, ¿conoces alguna usuaria o usuario que haya evitado salir para exponerse al acoso policiaco?</p> <p>¿Qué piensas del desalojo que está ocurriendo en algunas zonas del centro?</p> <p>¿Hay otros lugares o zonas donde les hayan desalojado? ¿A dónde han tenido que irse?</p> <p>¿Te has sentido expuesta por ser mujer y por consumir?</p>

Anexo 4: Consentimiento informado a personal de Verter, AC

Consentimiento informado

Título del proyecto:

Promoción de la salud comunitaria: un enfoque desde el programa de reducción de daños con mujeres que se inyectan drogas en Mexicali, Baja California

Investiga:

Bianca Vianey Acuña Valverde estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales de El Colegio de Sonora (2020-2023)

El presente documento tiene como propósito invitarte a participar en una investigación que estoy realizando como parte de mis estudios de posgrado en El Colegio de Sonora. Los resultados serán parte de una tesis de doctorado que busca identificar las características del programa de reducción de daños que se implementa con personas que se inyectan drogas en la organización civil “Integración Social Verter” en Mexicali, Baja California, y sobre el contexto en el que se desarrolla.

Su participación implica responder una entrevista semiestructurada que tendrá una duración de aproximadamente 60 minutos. Por su parte, la investigadora se compromete a guardar confidencialidad de tus datos personales en todo momento y a evitar que se vinculen a tus respuestas. Si aceptas participar, la entrevista se grabará a través de audio para documentar la información que proporciones, misma que posteriormente se transcribirá de manera textual para su análisis y formará parte de documentos académicos para la obtención del grado, de difusión y divulgación científica.

Reiteramos que puedes evitar responder cualquier pregunta que no desees responder o dejar la entrevista en el momento que lo desees, todos los datos que proporciones serán utilizados de manera confidencial y se utilizará un seudónimo que puedes seleccionar, si así lo desees. Por las características de esta investigación no recibirá ningún tipo de pago o remuneración. Si decides participar estarás ayudándonos a fortalecer la evidencia para comprender cómo se desarrolla el programa de reducción de daños en organizaciones de base comunitaria y apoyando a la formación como investigadora de una estudiante de posgrado.

Cualquier duda o preguntas sobre este estudio puede comunicarse al teléfono (631) 1102409 o al correo bacuna@colson.edu.mx y en El Colegio de Sonora se puede dirigir con la Dra. Patricia Aranda G. directora de la tesis del presente estudio.

Si desea participar, favor de firmar el siguiente apartado.

He leído (o alguien más me ha leído) el presente consentimiento informado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas antes de tomar una decisión. Deseo participar en la entrevista.

Nombre y firma

Fecha y hora

Investigadora: le he explicado la investigación al/la participante antes de pedir la firma arriba. No hay espacios vacíos en este documento

Firma y fecha de consentimiento.

Anexo 5: Consentimiento informado a MID

Título del proyecto:

Promoción de la salud comunitaria: un enfoque desde el programa de reducción de daños con mujeres que se inyectan drogas en Mexicali, Baja California

Investiga:

Bianca Vianey Acuña Valverde estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales de El Colegio de Sonora (2020-2023)

El presente documento tiene como propósito invitarle a participar en una investigación que estoy realizando como parte de mis estudios de doctorado en El Colegio de Sonora cuyo objetivo es identificar las características del programa de reducción de daños que se implementa con personas que se inyectan drogas en la organización civil “Integracion Social Verter, AC” en Mexicali, Baja California.

Su participación es voluntaria e implica responder una entrevista sobre su experiencia al acudir a la organización. Por su parte, la investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimato de sus datos personales en todo momento, por lo que se utilizará un nombre ficticio o seudónimo, mismo que usted puede seleccionar, si así lo desea. Reiteramos que tiene el derecho de no responder algunas presuntas, así como dar por terminada la entrevista en el momento que desee sin que esto tenga consecuencias en la atención que recibe en el centro comunitario. Solicitamos permiso para grabar el audio de la entrevista para documentar la información que usted proporcione, misma que posteriormente se transcribirá de manera textual para su análisis y formará parte de documentos académicos, como es una tesis.

Todos los datos que proporcione serán utilizados de manera confidencial. Por las características de esta investigación no se recibirá ningún tipo de pago o remuneración. Si decide participar estará ayudando a fortalecer la evidencia para comprender cómo se desarrolla el programa de reducción de daños en organizaciones civiles de base comunitaria y apoyando a la formación como investigadora de una estudiante de posgrado.

Cualquier duda o preguntas sobre este estudio puede comunicarse al teléfono (631) 1102409 o al correo bacuna@colson.edu.mx y en El Colegio de Sonora se puede dirigir con la Dra. Carmen Arellano, directora de la tesis del presente estudio o al teléfono 6622595300 ext. 2227.

Si desea participar, favor de firmar el siguiente apartado.

He leído (o alguien más me ha leído) el presente consentimiento informado, he tenido la oportunidad de hacer preguntas antes de tomar una decisión y deseo participar en la entrevista.

Nombre y firma

Fecha y hora

Investigadora: le he explicado la investigación al/la participante antes de pedir la firma arriba y respondido sus dudas al respecto.

Anexos 6: Imágenes primera visita de trabajo de campo



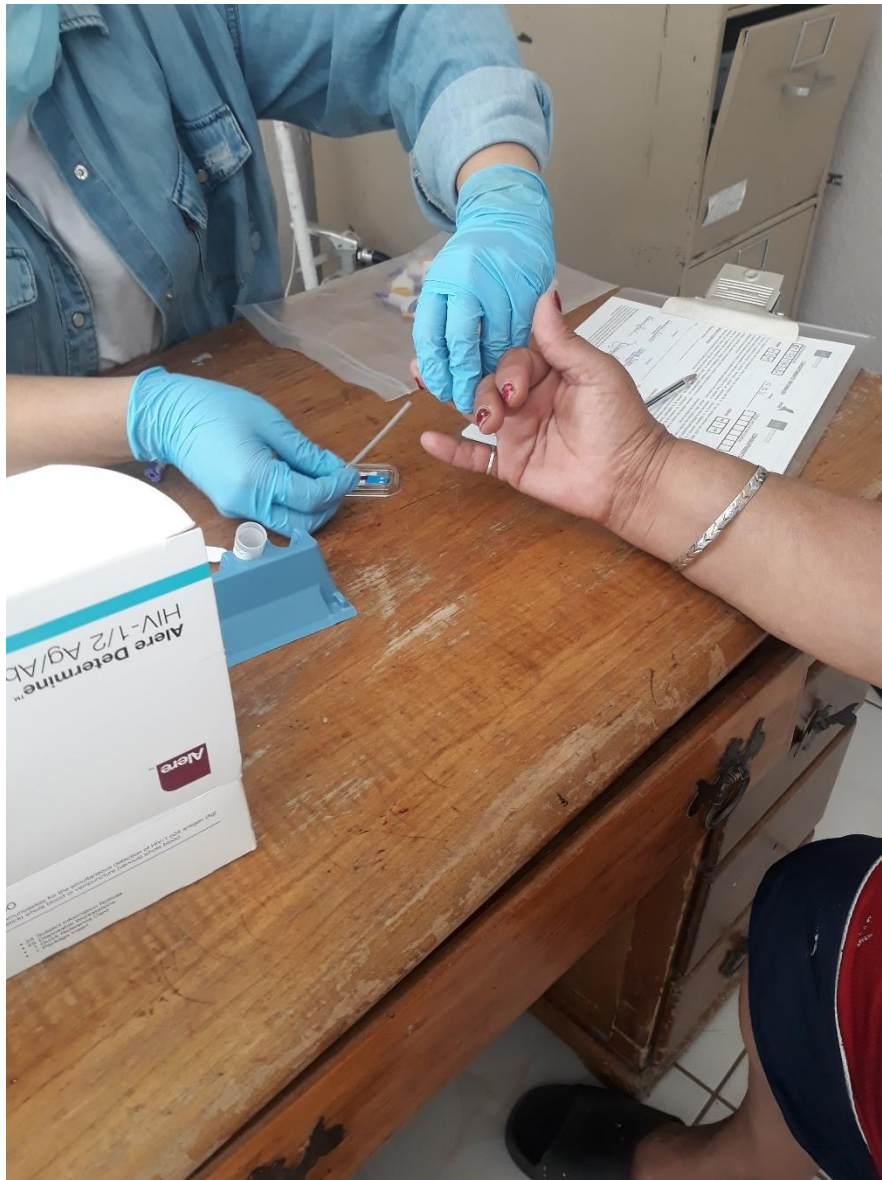
Vista exterior del centro comunitario de Verter, AC. 3 de octubre de 2021. Foto: Bianca Acuña



Vista del avance del proyecto de reactivación del centro histórico de Mexicali, se puede observar el Museo de la Comida China y a lado el Centro Comunitario de Verter. 3 de octubre de 2021. Foto: Bianca Acuña



Entrada del centro comunitario de Verter, AC, adaptado para respetar las medidas de seguridad e higiene de la pandemia. Se puede observar el muestrario de jeringas disponibles, el depósito de jeringas, protocolo de seguridad y lubricantes gratuitos para usuarios. 3 de octubre de 2021. Foto: Bianca Acuña



Pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis C en centro de tratamiento femenil en Mexicali, Baja California. 11 de octubre de 2023. Foto: Bianca Acuña



“La Nave” afuera de centro de tratamiento en Mexicali. 15 de octubre de 2021. Foto: Bianca Acuña



Acompañamiento a usuaria para recibir vacuna contra Covid-19, ese mismo día fue adherida a tratamiento en CAPASITS. 19 de octubre de 2023. Foto: Bianca Acuña

Anexos 7: Imágenes segunda visita de trabajo de campo



Vista del avance del proyecto de reactivación del centro histórico de Mexicali. 6 de marzo de 2023. Foto: Bianca Acuña



De izquierda a derecha se observa el Museo de la comida china, y el centro comunitario de Verter. Se puede ver el avance en la habilitación de las calles como parte del proyecto de reactivación económica. 9 de marzo de 2021. Foto Bianca Acuña.