

## **El 20%, el género ignorado en las estrategias de reducción de daños.**

En primer lugar quiero agradecer a la organización de la Jornada, a Otger i a Ivette por la invitación y por poder formar parte de un programa repleto de mujeres, y también porque me permitirá compartir y reflexionar en colectivo sobre este tema.

Para ello, me he basado en mi propia experiencia, ya que empecé a trabajar en programas de reducción de daños a finales de los ochenta en el Distrito de Ciutat Vella. En ese momento la epidemia del Sida era devastadora entre las personas que se inyectaban drogas y me he apoyado en la revisión de diferentes trabajos e investigaciones que se han desarrollado con posterioridad al 2000, en nuestro entorno principalmente. Anterior a esta fecha, las investigaciones son inexistentes, también lo son en las recomendaciones internacionales, especialmente las de Vancouver en Canadá.

Haré un recorrido por conceptos como la reducción de riesgos y daños, la perspectiva de género y la interseccionalidad, principalmente. Es posible que para muchas de vosotras no sean conceptos nuevos, pienso que nos situarán en un escenario que nos puede ayudar a comprender mejor la afirmación que constato en el título de mi exposición; El 20%, el género olvidado. Acabaría con algunas propuestas que nos permitan avanzar y que garanticen la atención, a las mujeres cis y no cis que usan drogas, superando de una vez por todas los obstáculos que han provocado la invisibilidad de sus necesidades. Dichos obstáculos las han ido alejado de los servicios de reducción de daños, que no han sido sensibles a sus situaciones y a sus demandas.

### **Reducción de riesgos y daños**

Estas estrategias comenzaron a desarrollarse en el norte de Europa en los años 80, ante el fracaso de los programas libres de drogas y especialmente en relación con el consumo de heroína por vía parenteral.

La reducción de daños se basa en el reconocimiento de que muchas personas en todo el mundo no pueden o no quieren dejar de consumir drogas ilícitas.

El concepto reducción de Riesgos y Daños es un concepto amplio. Hace referencia a políticas, a programas y a prácticas que tienen como objetivo principal reducir las consecuencias adversas sobre la salud, pero también las sociales y las económicas, del uso de sustancias psicoactivas legales o ilegales, sin necesariamente reducir el consumo.

Este enfoque tiene una fuerte implicación en las leyes y políticas de drogas, ya que la reducción de daños cuestiona las leyes nacionales e internacionales, y las políticas que contribuyen a los daños relacionados con las drogas.

Muchas políticas en todo el mundo crean y exacerbaban el riesgo potencial y los daños del consumo de drogas. Provocando así, la criminalización de las personas que usan drogas y las prácticas policiales abusivas y corruptas. Existe una denegación, o surgimiento de problemáticas relacionadas con la implementación de servicios de reducción de daños, a la vez que se dan restricciones en la posesión de parafernalia de inyección, y discriminación basada en el uso de drogas, clase social, origen y género.

Es un enfoque que tiene en cuenta el entorno. Se parte de la base que la reducción de daños beneficia a las personas que usan drogas, a sus familias y a su comunidad. El enfoque pone en el eje central los siguientes derechos:

- Respetar los derechos de las personas que usan drogas, protegerlos y mejorar la salud pública.
- Tratar a las personas que usan drogas, junto con sus familias y comunidades, con humanidad y dignidad es parte integral de la reducción de daños.
- Este enfoque destaca que el uso de drogas no significa que las personas pierdan sus derechos humanos. Siguen teniendo derecho a la vida, al más alto nivel posible de salud, a los servicios sociales, a la privacidad, a la no detención arbitraria o a un trato degradante, por nombrar algunos.

- La mayoría de las intervenciones de reducción de daños son fáciles de implementar y con bajo coste económico. Todas tienen un fuerte impacto positivo en la salud individual y comunitaria.
- La reducción de daños se basa en el compromiso de abordar la discriminación. Garantizar que nadie sea excluido de los servicios sociales y de salud que pueda necesitar debido al uso de drogas, su origen, su género, su identidad de género, su orientación sexual, su elección de trabajo o su estatus económico.
- Las personas deben poder acceder a los servicios sin tener que superar barreras innecesarias y discriminatorias. Este enfoque considera que la participación significativa de las personas que usan drogas en el diseño, la implementación y la evaluación de programas y políticas, es fundamental para la reducción de daños.

Evitar el estigma es una de las tareas de los y las profesionales de la reducción de daños, aceptar a las personas que usan drogas tal como son y a encontrarlas "donde están" en sus vidas, sin juzgarlas. Por tanto los enfoques de reducción de daños son más facilitadores que coercitivos, y apuntan a reforzar el cambio positivo en la vida de una persona, sin importar cuán pequeño o incremental sea ese cambio.

La perspectiva de trabajo en reducción de daños ofrece alternativas a los enfoques que buscan prevenir o terminar con el uso de drogas. Es fundamental para un colectivo importante de personas, ya que muchas de las que usan drogas no necesitan tratamiento, y las que experimentan problemas asociados con el uso de drogas pueden no estar dispuestas, o no pueden participar en el tratamiento de abstinencia por múltiples razones. Si bien la abstinencia del uso de drogas puede ser el objetivo para aquellos/as que las utilizan, esta es una opción individual y no debe imponerse, o considerarse como la única opción.

En España las estrategias de reducción del daño se iniciaron a finales de la década de los '80, en el ámbito de las drogodependencias se enfocaron en las siguientes estrategias:

- Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ), dispositivos móviles y educación a través de iguales. Con posterioridad se llevaron a cabo tratamientos con substitutivos, como la metadona y las Salas de consumo supervisado, estas últimas con una menor implantación territorial.
- Las salas de consumo supervisado suelen estar ubicadas en entornos que están teniendo problemas de consumo en lugares públicos. Se dirigen a subpoblaciones de personas que usan drogas con escasas posibilidades de higiene en el consumo por vía parenteral, pueden ser frecuentados también por personas que viven con parejas no consumidores o familiares que no consumen drogas. (Hedrich y Hartnoll, 2015)

En abril de 2018 había 31 salas en veinticinco ciudades de los Países Bajos, 24 en quince ciudades de Alemania, 5 en cuatro ciudades de Dinamarca, 13 en siete ciudades de España, 2 en dos ciudades de Noruega, 2 en dos ciudades de Francia, una en Luxemburgo y 12 de ocho ciudades en Suiza.

En España la primera sala de consumo supervisado se abrió en Madrid, en el poblado chabolista de las Barranquillas. Sucedió en el año 2000, bajo la denominación de Dispositivo Asistencial de Venopunción (D.A.V.E.) abriendo el debate acerca de la conveniencia o no de este tipo de dispositivos. Posteriormente se abrieron dispositivos de características similares en Barcelona y Bilbao. La segunda, abierta en 2003 en un edificio adyacente a la ría, y en 2004 en la sala Baluard, ubicada en el barrio del Raval de Barcelona, fue la primera sala de tratamiento y consumo asistido de esta ciudad.

En un estudio publicado en International Journal of Drug Policy,<sup>1</sup> basadas en el estudio REDAN<sup>2</sup>, , entre sus conclusiones señalan que son múltiples los beneficios que implica para los usuarios de drogas inyectables acudir de manera frecuente a las salas de consumo supervisado, resaltan la necesidad de mantener las salas actuales y promover la apertura de otras en países europeos donde todavía no están disponibles.

Entre los aspectos positivos, destacaban que la asistencia frecuente a salas de consumo supervisado de drogas se asoció con un menor uso de drogas inyectables en el espacio público. Con un menor número de conductas relacionadas con el riesgo de adquirir infecciones bacterianas o víricas (VIH, VHC) y con un menor nivel de eliminación insegura de agujas y kits de inyección. Este es un argumento importante para convencer a las autoridades de toda Europa de la necesidad de abrir salas de consumo de drogas inyectables.

Por otra parte, la asistencia regular a estas salas sería un indicador indirecto de la confianza entre el personal del centro y los usuarios. Esta relación de confianza hace de las salas de consumo de sustancias, una puerta de entrada importante para una mejor participación de los usuarios de drogas inyectables en la atención médica general y especializada.

Entre las limitaciones del estudio, los investigadores reconocen que son solo representativos de las personas que asisten a centros de reducción de daños (aproximadamente 6.000 UDI asisten a estos centros cada año en Cataluña).

El perfil de las personas que acuden de manera frecuente a las salas de consumo de drogas en este estudio es bastante similar al que se encuentra en general en Europa, es decir, usuarios mayores, a largo plazo y personas sin hogar. Sin embargo, las personas más jóvenes y las mujeres pueden estar poco representadas en esta muestra.

---

<sup>1</sup> <https://www.lasdrogas.info/noticias/las-salas-de-consumo-supervisado-en-cataluna-son-un-ejemplo-de-buenas-practicas-en-la-atencion-de-usuarios-de-drogas/>

<sup>2</sup> Realizado en el periodo 2014-2015 por la Red de Centros de Reducción de Daños de Cataluña como parte del Sistema Integrado de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH.

Según datos recientes de la sala de consumo ubicada en el barrio de la Mina en Sant Adrià del Besós, cuenta con un perfil de consumidores de entre 18 y 67 años, con la media de edad en 35. El 80% son hombres. “La sala de venopunción, con capacidad para ocho personas. Atienden de media más de 100 usuarios al día, que se inyectan hasta 330 dosis cada jornada”.

Se trata de máximos históricos desde la creación de esta sala en 2006, que la convierten en el servicio de consumo asistido con mayor afluencia de toda Catalunya. De hecho, *el Local de la Mina* ya reúne a más usuarios que la suma de los que atienden las otras 11 unidades que cuentan con sala de venopunción. La red catalana de atención a las toxicomanías incluye espacios con prestaciones y funciones muy diversos, entre los que están 22 centros de reducción de daños y decenas de espacios adheridos al Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIX).

En todos estos años son muy escasas y aisladas las intervenciones y programas focalizadas en las mujeres. En 2013, en Barcelona, abre las puertas *Espai Ariadna*, programa impulsado por la Fundació Salut i Comunitat, que atiende a mujeres usuarias de drogas que han sobrevivido a situaciones de violencia y son excluidas de los recursos sociales específicos y el programa *Metzineres* (2016).

## **Una realidad que ha imperado: el consumo masculino**

Es importante abordar el concepto de género porque tiene consecuencias en la vida de las personas, en sus trayectorias vitales, en sus oportunidades, y por tanto sus consecuencias no pasan inadvertidas.

Es importante entender que en nuestra sociedad hay una clara jerarquía de géneros, donde el poder y el reconocimiento social se asigna a aquello que se considera masculino en detrimento de lo femenino.

El género es la forma en que todas las sociedades determinan las funciones, actitudes, valores y relaciones que conciernen o atribuyen al hombre o a la mujer. El sexo hace referencia a los aspectos biológicos que se derivan de las diferencias sexuales, el género es una construcción social con claras repercusiones políticas, establece la categoría femenino para las mujeres y masculino para los hombres.

El género no es innato ni universal, sino que varía en función de cada sociedad. Asigna roles, espacios, características diferentes para cada persona en función de su sexo biológico y se aprende a través de procesos de socialización y determina comportamientos en todos los ámbitos.

Pese a todo ello, el consumo masculino ha sido la pauta habitual tanto estadística como culturalmente, y ha propiciado que el consumo en las mujeres esté vinculado con frecuencia a una excepción o una desviación.

Los artículos de Meneses (2001): Mujer y Heroína, Romo (2006): Género y uso de drogas y Aura Roig (2013): La estigmatización de las mujeres consumidoras de heroína, hacen un recorrido por los cambios históricos acaecidos en el consumo de sustancias por parte de las mujeres y sus significados sociales. Desde el siglo XIX, la sustancia más consumida por las mujeres es la morfina, hasta que a finales de los años 50 del pasado siglo se introducen en masa los psicofármacos, un uso que es sobre todo terapéutico, normalizado y no problematizado, con una clara vertebración en función de la clase social, ya que son las mujeres de las clases acomodadas las que lo consumen también.

A finales de los años 60 se produce un gran giro ya que el uso terapéutico pierde protagonismo para comenzar a extenderse el uso lúdico y recreativo. Es el momento de la entrada de la heroína y la masificación del consumo de otras sustancias (cannabis, cocaína y otras drogas de síntesis) entre población joven. Los movimientos sociales y feministas cobran gran dinamismo a nivel político, al tiempo que las mujeres están realizando una doble ruptura: con las instituciones políticas y con su rol tradicional. En este contexto, viven el consumo de drogas como una forma más de transgresión y de incorporación a la vida pública. El estigma, en este caso, no recae en el consumo de drogas ni en la adicción sino, como señalaba, en el uso de sustancias que están fuera del control médico y jurídico.

En los años 80 la heroína se consolida en los barrios más pobres, extendiendo el consumo entre sus jóvenes. Es una sustancia muy adulterada y por tanto menos controlable por los consumidores. Para las mujeres, su mayor vulnerabilidad en las conductas de riesgo viene de la inyección y las prácticas sexuales no seguras (Roig, 2013:109). En este marco se empieza a consolidar el estigma de viciosas y promiscuas y se despierta la alarma social por el “daño fetal” que el consumo de las mujeres gestantes pueda crear. Esta es una vía crucial de demonización de las mujeres, que permanece hasta nuestros días.

El consumo de heroína, durante la década de los setenta y ochenta del siglo XX, y en un contexto más cercano al recreativo y lúdico, la presencia de las mujeres ha sido y es minoritaria, pero conforme avanzan los años la incorporación de las mujeres se hace más activa y evidente.

En España son escasos los estudios que tienen por objetivo el consumo de drogas en las mujeres. La mayoría de estos estudios presentan como protagonistas a los varones y los que incluyen a mujeres, se centran en aspectos relacionados con la reproducción, sobre los efectos que el consumo tiene en el embarazo y en sus hijos e hijas.

Cuando empiezan a hacerse visibles los consumos de las mujeres, tanto en los medios de comunicación como en algunos estudios, aparecen como personas

marginales, transgresoras y más patológicas que los varones y asociadas al ejercicio de la prostitución y al abandono de su responsabilidad de madres<sup>3</sup>.

En las investigaciones realizadas en el Estado español sobre consumo de drogas en mujeres, el enfoque que ha primado ha sido el biomédico junto con el psicólogo, estos enfoques analizan los rasgos personales que llevan a determinadas personas a consumir sustancias, dejando de un lado los condicionantes estructurales tal y como se puede comprobar en los trabajos presentados en el I Simposium sobre adicción en la Mujer (2000)<sup>4</sup>, que representó un hito sobre los consumos de drogas y género.

Por otra parte el enfoque sobre los condicionantes sociales ha sido secundario y ha dado resultados desiguales, especialmente en lo que al enfoque de género se refiere.

A este respecto<sup>5</sup>, los discursos acerca de las drogas están marcados por un carácter moralista, las personas consumidoras de drogas son consideradas dependientes, débiles, infantiles e inmaduras, unos rasgos que también han sido y son aún asociados a la feminidad.

Si hacéis una búsqueda en diferentes bases de datos de publicaciones en lengua castellana, encontramos muy pocos artículos que se centren en descriptores como: reducción de daños, mujeres, género, reflejo de la poca literatura científica en nuestro medio sobre estas cuestiones, y siempre con posterioridad al 2005, fecha donde aparecen artículos de Meneses, sobre Mujeres y consumo de opiáceos o otros como el de Estibaliz de Miguel, en el 2016 que aborda el consumo de drogas en mujeres que están en prisión, aportando una aproximación interseccional. Esta autora pone en relevancia el concepto de interseccionalidad ya que nos va a permitir centrar la atención en las relaciones de poder y en la teorización del privilegio, haciendo visible algunas realidades que las concepciones hegemónicas mantienen invisibilizadas, y es especialmente valioso cuando abordamos al colectivo de

---

<sup>3</sup> Meneses, C. Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica

<sup>4</sup> I Simposim Nacional sobre adicción en la mujer. <http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2002/03/I-symposium-sobre-adiccion-en-la-mujer.pdf>

<sup>5</sup> De Miguel Calvo, E. Mujeres, consumo de drogas y encarcelamiento.

mujeres criminalizadas (encarceladas) usuarias de drogas quienes han permanecido fuera del radio de interés de las ciencias sociales.

Por tanto la interseccionalidad ha de ser contemplada en todas las reflexiones y análisis superando así la limitación de la categoría de género como única para explicar las desigualdades a las que se ven sometidas las mujeres, ya que la estratificación social no se articula en base a un solo eje de desigualdad, sino a múltiples dimensiones (género, clase social, etnia, origen...).

Desde el enfoque terapéutico, las relaciones de pareja de las mujeres consumidoras de drogas han sido descritas bajo la "etiqueta" de dependientes emocionales. La dependencia de las mujeres a un varón y la iniciación del consumo de la mano de sus parejas han sido premisas asumidas acríticamente no sólo por el conjunto de la comunidad científica sino también por los informes de organismos oficiales (ONUDD, 2005), aunque este enfoque ha sido contrarrestado, por diversas autoras feministas que intentan profundizar en las construcciones sociales de género para las mujeres por las cuales están más enfocadas hacia los otros y no tanto en sí mismas, quienes también han tenido en cuenta los contextos de privación tanto emocional como material en que se mueven (Cruells 2004, Martínez 2010 y de Miguel 2016, son algunas de las autoras que lo describen en sus trabajos.

Se ha investigado poco sobre el consumo de drogas desde el punto de vista del género, y aún se tiende a confundir el sexo con el género. Los trabajos que se realizan sobre diferentes aspectos de las drogodependencias utilizan el sexo como una variable demográfica más de las analizadas y en función de la significación estadística en ocasiones, se realizan generalizaciones de género.

En esos primeros estudios que culminaran con la creación del SEIT<sup>6</sup>, muestran una menor prevalencia de las mujeres frente a los varones en el consumo de drogas ilegales, situándose su representación en alrededor del 20%. Podemos constatar que o se olvidan de las mujeres o se las trata desde el punto de vista de los varones. El androcentrismo, presente en casi todos los estudios sobre

---

<sup>6</sup> Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). 1987-2002.

consumo de drogas ilegales en España, desde sus comienzos hasta la actualidad, puede llevar a pensar que la realidad de las mujeres es menos significativa, salvo en los trabajos que tienen que ver con las maternidades.

- A pesar de la amplísima evidencia disponible que acredita las diferencias de género relacionadas con la salud, la planificación y ejecución de políticas y programas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades. Carecen de un enfoque de género, partiendo de la infundada suposición de que las intervenciones serán igual de eficaces para los hombres que para las mujeres. Esta carencia se hace extensiva, también a la investigación de los resultados obtenidos con las intervenciones, que frecuentemente no facilitan datos desagregados por sexo ni análisis de género en la recopilación, análisis y presentación de sus resultados.<sup>7</sup>
- No son de gran ayuda los datos que proporcionan los organismos oficiales sobre los características sociodemográficas de las personas que acceden a tratamiento solo separan el porcentaje según sexo y no explican el resto de indicadores (situación laboral, convivencia, alojamiento, droga principal o procedencia, segregados por sexo).<sup>8</sup>

En el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction aparece un artículo sobre Perspectiva de género y drogas para abordar las problemáticas relacionadas con el consumo, que en el 2006 ya plantea que para un prevención o abordaje efectivo, son necesarios settings diferentes para hombres y mujeres, apuntan que las mujeres prefieren entornos más informales, sociales y formas de relación en pequeños grupos, a bien que atiendan necesidades específicas.

En nuestro medio también observamos cómo se van incorporado indicadores que dan cuenta de las diferencias entre sexos y algunas de ellas aplican un análisis de género en los resultados, Cinta Folch del CEEISCAT y

---

<sup>7</sup> Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género. Recomendaciones con base en la evidencia. Guía para el desarrollo de programas de prevención . Diputación de Alicante. 2014.

<sup>8</sup> INFORME 2018 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Indicador admisiones a tratamiento por consumo sustancias psicoactivas. 1987-2016.

colaboradores de la Agència de Salut Pública de Catalunya en un artículo presentado en la XXXIV Reunión científica de la S. E. Epidemiologia, han puesto de manifiesto la existencia de diferentes factores que incrementan la vulnerabilidad frente al VIH/VHC y sugieren abordajes con enfoque de género.

Disponemos también de datos procedentes de diferentes publicaciones científicas sobre el consumo de drogas que han descubierto que las mujeres que consumen drogas tienen problemas relacionados con las hormonas, el ciclo menstrual, la fertilidad, el embarazo, la lactancia y la menopausia. Además, las mujeres mismas describen motivos diferentes para consumir drogas, entre ellos controlar su peso, combatir el cansancio, manejar el dolor e intentar tratar por su cuenta problemas de salud mental.

En estas publicaciones se pone el acento en aspectos diferenciales entre ellas destacan:

Como a menudo, el consumo de drogas de las mujeres difiere del consumo de los hombres; por ejemplo, las mujeres consumen menores cantidades de ciertas drogas durante menos tiempo antes de volverse adictas;

Que las mujeres pueden responder a las drogas en forma diferente; por ejemplo, pueden sentir más deseos intensos de consumir la droga y ser más propensas a sufrir una recaída después del tratamiento;

Que las hormonas sexuales pueden hacer que las mujeres sean más sensibles que los hombres a los efectos de ciertas drogas;

Que las mujeres que usan drogas también pueden experimentar más efectos físicos en el corazón y los vasos sanguíneos;

Que los cambios que ocurren en el cerebro de las mujeres que usan drogas pueden ser diferentes a los cambios que ocurren en el cerebro de los hombres;

Que las mujeres pueden tener mayor probabilidad de ir a la sala de emergencias o morir por una sobredosis u otros efectos de ciertas drogas;

Que las mujeres que son víctimas de violencias tienen un mayor riesgo de consumir drogas;

Que el divorcio, la pérdida de la custodia de un hijo o la muerte de la pareja o de un hijo pueden desencadenar el consumo de drogas u otros trastornos de salud mental;

O que las mujeres que consumen ciertas drogas pueden ser más propensas a sufrir ataques de pánico, ansiedad o depresión.

Por otra parte si atendemos a los factores de vulnerabilidad, el análisis del estudio transversal realizado en 2014-15 en personas que consumen drogas por vía parenteral y están vinculadas a Centros de Reducción de Daños por el CEEISCAT y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en sus conclusiones hacen énfasis en aspectos que están presentes en las mujeres y que aumentan la vulnerabilidad frente al VIH y la HC,

- Mayor proporción de mujeres que han compartido jeringuillas alguna vez y han aceptado jeringuillas siempre por parte de su pareja.
- Presentan un menor acceso a recursos específicos para drogas, mayor uso de recursos generalistas: atención primaria y urgencias.
- Una alta incidencia de violencia física y /o sexual. El porcentaje declarado por las mujeres respecto a la violencia física es prácticamente el doble (27-42%), y de violencia sexual, es de un 12% en mujeres y 0,5% en hombres.
- Elevada prevalencia del VIH y del VHC, similar a la observada en hombres.
- Mayor riesgo de transmisión sexual del VIH, se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, estas últimas presentan un mayor número de relaciones sexuales con pareja estable, pareja estable inyectora como en relaciones a cambio de dinero. También se observa un alto porcentaje de mujeres que han tenido alguna interrupción voluntaria de embarazo (59,2%) entre las entrevistadas y un 20% más de 3 veces en la vida.

Investigaciones cualitativas que se han centrado en el conocimiento de aspectos y significaciones sobre los procesos de salud/enfermedad/atención y consumos de drogas, han podido constatar que los factores socio-estructurales son tanto o más influyentes en el problema de consumo de sustancias psicoactivas que las propias sustancias o las características individuales de las usuarias<sup>9</sup>.

La constatación del doble estigma: uno por romper los roles tradicionales de género y el otro por ser consumidoras de drogas ilegales, la gran influencia de las relaciones con parejas masculinas vinculadas al consumo problemático y la constatación de que los Grupos de Apoyo pueden introducir mejoras importantes en la calidad de las participantes, son algunos de los resultados más destacados.

La Oficina contra la Droga y el Delito de la ONU (2004) también aporta la visión de otros estudios<sup>10</sup> en los que se muestran los obstáculos en relación a la atención y el tratamiento de las mujeres, en primer lugar aquellos que impiden el establecimiento de servicios adecuados a sus necesidades:

- la falta de poder de decisión de las mujeres, la escasa sensibilización hacia las diferencias de género respecto a los factores determinantes de la salud y sus resultados, la falta de datos sobre las mujeres consumidoras y sus necesidades de tratamiento y la falta de modelos de tratamiento apropiados sensibles a cuestiones de género y probados empíricamente.
- También se refieren a los obstáculos estructurales, entre ellos, estarían la falta de servicios que dispongan de ayudas para atender a sus hijos e hijas durante el tratamiento, la falta de servicios dirigidos a atender a mujeres embarazadas, programas de tratamiento en ocasiones alejados, el coste y rigidez de los programas, y las dificultades para garantizar su

---

<sup>9</sup> Llord A. Ferrando S. et al. 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. 2013.

<sup>10</sup> Oficina contra la droga i el delicte de la ONU. 2004

seguridad física y la escasa información sobre las opciones de tratamiento...

- Finalmente apuntarían a un fuerte sentimiento de vergüenza, culpa y el miedo a perder la custodia de los hijos o no poder recuperarlos, también se consideraba un factor importante el escaso o menor soporte familiar o de las parejas.

Erin O'Mara<sup>11</sup> en la publicación de Medecins du Mon del 2013 “ La historia y principios de la reducción de daños” en su artículo Mujeres y sustancias, señala cómo las mujeres que entran en contacto con los centros de tratamiento y rehabilitación tienen pocas oportunidades que se les reconozca como personas individuales con una historia a contar, su experimentación con las sustancias o sus experiencias más íntimas relacionadas con el consumo, como las de expansión de conciencia o incluso encontrar maneras de continuar consumiendo de una manera más segura y moderada son frecuentemente negadas como objeto de discusión ni tratadas como parte de su itinerario terapéutico.

Otras conclusiones de estos estudios apuntan mejorar la accesibilidad a todo tipo de recursos en la comunidad y ser portadoras de mensajes positivos y ser fuente de soporte para las mujeres usuarias de drogas en sus propios contextos.

Utilizar de manera eficiente los recursos, sobre todo los basados en el auto apoyo, acompañamiento y programas de acercamiento a usuarias poniendo especial énfasis en las mujeres más jóvenes. (O'Mara, 2013).

---

<sup>11</sup> O'Mara, E. The story and principles of harm reduction, Between public health and social care. France. Medecins du Monde, Agence Française de Développement.

## Diseñar proyectos con perspectiva de género e interseccionalidad.

Un buen diagnóstico nos va a permitir:

Obtener un análisis detallado sobre el ámbito que se puede incidir, teniendo en cuenta la realidad específica de las mujeres y los hombres para evitar cualquier **DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO**. Se pueden estudiar las diferentes condiciones, necesidades, índices de participación, estereotipos sexistas, acceso a los recursos, toma de decisiones....

Nos va a permitir aproximarnos más y mejor a las necesidades y a la realidad de todas las personas e implica una mayor adecuación de las propuestas de intervención, más eficientes.

La eliminación de las barreras constituye un eje fundamental, conocer porque las mujeres que usan drogas acceden a los servicios y en qué momentos es indispensable, y por tanto conocer cuáles son las dificultades.

- Sabemos que los problemas asociados al consumo de drogas son variables tanto por el tipo y cantidad de drogas como por cuestiones personales y sociales, que se ven agravadas cuando el consumo de drogas interactúa con otras formas de vulnerabilidad: vivir en la calles, cases okupadas, ejercer trabajo sexual para la obtención de dinero o droga , ser transexual.... No solamente el género actúa como fuerza de exclusión, existen también otros ejes de opresión, privilegios, la clase social, el color de la piel, la diversidad funcional....”
- Nos va a permitir identificar la situación de las mujeres y visualizar el acceso y control de recursos, visibiliza a las mujeres. Hablar de mujeres no garantiza que se aplique la perspectiva de género, no se trata solamente de describir la realidad, se trata de tener un marco analítico y comprensivo.

- Nos va a permitir interpretar los efectos de la socialización diferencial. Pone el acento en la desigualdad estructural. No reproduce ni perpetúa estereotipos de género.

Los consumos que hacen las mujeres son en general invisibilizados o asimilados a los de los hombres, por tanto hay que examinar los procesos de medicalización que sufren también los cuerpos de las mujeres a lo largo de su vida y observar también cuales son las dificultades de acceso a los recursos, a los tratamientos y las características de las permanencias en los mismos.

Se ha considerado la relación heteroafectiva como eje vital fundamental en el acceso y tratamiento de las mujeres. No se han visibilizado las violencias machistas ni los estigmas que van asociados a las adicciones en sus procesos de vinculación a las sustancias o en el mantenimiento de sus adicciones.

Y también vamos a poder constatar que las mujeres que se inyectan drogas son expertas en sus propias necesidades y prácticas-, conocen sus dinámicas de consumo, así como los servicios de atención. Pueden aportar información particular y específica indispensable para la adecuación y efectividad de las actuaciones y programas de atención.

La participación de pares en estrategias de reducción de daños puede ser muy efectiva y conllevar diferentes niveles de implicación, de esta manera garantizamos una participación inclusiva: Tomadoras de decisiones, Expertas, -éstas se sitúan a nivel equiparable a las profesionales-, Implementadoras, Voceras o esporádicas, Contribuidoras o de Audiencia.

Las intervenciones más efectivas en el campo de la promoción de la salud son las que están basadas en un enfoque de empoderamiento de las mujeres, en el fortalecimiento para responder mejor a los determinantes de la salud relaciones con el entorno físico y social.

El informe del The global state of harm reduction 2018, pone en relevancia la complejidad que supone un abordaje en reducción de daños, con enfoque de género e interseccional. Es necesario un trabajo de interrelación con servicios especializados que trabajen en diferentes aspectos o áreas como: HIV/sida, Estigmas, Violencias machistas, Housing-first, trabajo sexual, salud sexual y maternidad, atención primaria en salud, atención psicológica y emocional, trabajo social sobre las desigualdades sociales, atención jurídica, entre las más destacables.

En este proceso es indispensable que nos hagamos preguntas:

Tanto los proveedores de servicios directos, como los responsables de programas y planificación. En definitiva, hacer una reflexión sobre las prácticas actuales, políticas y procedimientos.

1. *¿Qué han observado respecto las relaciones entre pobreza, maternidad, consumo de sustancias y violencia? ¿Cómo podrían estas interconexiones impactar el cuidado que reciben las mujeres?*
2. *Valora tu conocimiento en reducción de daños y si se están aplicando estos criterios en los servicios.*
3. *¿Cómo podría el programa vincularse con otros programas de reducción de daños centrados en las mujeres?*
4. *¿Cómo se valora el impacto que tienen las violencias en las mujeres cis y las transexuales, que atienden en su servicio? ¿Cómo se traduce en el programa o actividades?*
5. *Si una mujer embarazada con problemas relacionados al consumo de sustancias tuviera que describir su primera interacción con su programa, ¿qué diría? ¿Cómo se sentiría? ¿Cuáles son las fortalezas de su servicio que la animarían a volver?*
6. *¿Cómo funciona su servicio para abordar algunos de los estigmas y barreras que enfrentan las mujeres cis y trans para acceder a otros servicios? ¿Y con las que se encuentran en conflicto con la ley?*
7. *¿Por qué es importante pasar de una mirada de servicios de reducción de daños a una perspectiva más determinante en la salud? ¿Cómo podría esto afectar a tu programa/políticas? ¿Cómo involucra esto a la comunidad?*

8. *¿Qué capacitación, formación o supervisión tienen los profesionales de los diferentes servicios involucrados para poder utilizar un enfoque de reducción de daños basado en el género?*

Proyecto Malva <sup>12</sup>. El proyecto Malva fruto del trabajo realizado en el primer encuentro de profesionales en torno a la asistencia, tratamiento y prevención del abuso de drogas con perspectiva de género en 2015 apuntó algunas cuestiones básicas a incorporar en el ámbito de la atención del uso y abuso de drogas desde perspectiva de género.

Entre algunos aspectos que mencionan está la importancia de la formación en las teorías feministas del género, porque es muy importante procurar las condiciones para que los equipos tengan los conocimientos necesarios, y que estas pasen por lo vivencial y el debate, ya que el género nos atraviesa a todas.

La elaboración de indicadores de género en la evaluación, tanto cualitativos como cuantitativos nos aportará información sobre los cambios actitudinales, creencias y sistemas de valores, acceso a recursos, espacios de toma de decisiones y o de control de las propias vidas, también deben indicarnos la frecuentación y presencia de las mujeres en los servicios , el uso que hacen y cobertura de los mismos.

Algunos ejemplos de preguntas que se deberían responder respecto a la evaluación del grado de implementación de la perspectiva de género los proyectos:

**a) Justificación y diseño:**

*¿Tienen en cuenta los objetivos las diferencias en cómo el consumo y lo que le rodea afecta a hombres y mujeres?*

*¿Se utiliza un lenguaje igualitario a lo largo de proyecto en el que tanto mujeres como hombres, de cualquier identidad y orientación sexual se sientan representados?*

---

<sup>12</sup> Buenas prácticas en drogas y género. Proyecto Malva.

## **b) Implementación**

*¿Se han identificado los obstáculos y las potencialidades para lograr la participación equitativa de hombres y mujeres en el proyecto?*

*¿ Se han contemplado las acciones positivas hacia las mujeres?*

## **c) Seguimiento y evaluación**

*¿ Están los indicadores desagregados por sexo?*

*¿Se han incluido indicadores de evaluación sensibles al género que permitan medir el impacto y los resultados en relación a las mujeres y a los hombres de manera diferencial?*

### **Algunas propuestas de mejora:**

1. Mejorar y mantener actitudes y destrezas de profesionales en continuos procesos de formación, tanto de capacitación, como de supervisión y orientación.
2. Capacitación multidisciplinar y fortalecimiento de los vínculos del trabajo de base comunitaria.
3. Contar con las personas que usan drogas como expertas para realizar las capacitaciones al personal de atención y poner en valor de nuevo, el trabajo de pares.
4. Los servicios de atención a la salud general han de incorporar medidas para la atención de las personas que usan drogas, contemplen diferentes tipos de consumo, distingan entre sustancias, ya que es donde mayor oportunidad existe para detectar e intervenir los problemas relacionados con drogas.
5. Los programas dentro o fuera del sector salud, necesitan establecer políticas anti-estigma y antidiscriminación, y protocolos de actuación frente a comportamientos y actitudes machistas y violentas contra las mujeres.
- 6- Es necesario que las profesionales que atienden de manera directa o indirecta las necesidades de personas usuarias de drogas tengan capacitación en la filosofía y estrategias de reducción de daños: personal político, sanitario, educativo, social, comunitario, jurídico, policial y comunitario.

Creo que eso es todo lo que quería explicar hasta el momento, espero que haya resultado sugerente, muchas gracias;

**Mercè Meroño**

**Fundació Àmbit Prevenció. Junio 2019**